



AYUNTAMIENTO
MEDINA SIDONIA

Modelo de solicitud para el curso: Atención sociosanitaria en el domicilio

Nombre	
Apellidos	
DNI o nº de identificación	
Localidad de residencia	
Correo electrónico	
Teléfono	

Criterios puntuables para la selección: Marcar con una cruz si cumple el criterio

Víctima de violencia de género	
Experiencia no profesional en materia del curso	
Pertenece a una unidad familiar monoparental con, al menos, una hija o hijo menores a su cargo	
Discapacidad igual o superior de un 33% propia (que no impida el correcto desarrollo de la profesión) o de algún miembro de la unidad familiar	
Permiso de conducir en vigor (B)	

En _____ a _____ de _____ de 2026.

Fdo.:

Los datos personales facilitados a través de esta solicitud serán tratados por la ASUZFORMACION SL con la finalidad de gestionar su participación como alumna en el curso correspondiente. La base legal para el tratamiento de sus datos es el cumplimiento de una misión realizada en interés público, así como su consentimiento al enviar esta solicitud. Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad a través de la dirección postal calle monasterio el curvo nº4 del municipio gaditano de Medina Sidonia o en el email administracion@tangramformacion.es, pudiendo consultar información adicional y detallada sobre nuestra política de privacidad.