



**BOLSA DE TRABAJO FUNDACION AFIM**  
**SOLICITUD DE PERSONAL CON DISCAPACIDAD**  
**DATOS CONFIDENCIALES DE EMPRESA**

EMPRESA .....  
ACTIVIDAD .....  
DIRECCION ..... C.P .....  
LOCALIDAD ..... PROVINCIA .....  
\*TELEFONO ..... \*FAX ..... \*E-MAIL .....  
\*CONTACTO ..... CARGO .....  
Nº DE EMPLEADOS DE EMPRESA .....

**CARACTERISTICAS DEL PUESTO DE TRABAJO**

DENOMINACION DEL PUESTO: .....  
DESCRIPCION DE TAREAS: .....  
EQUIPOS A UTILIZAR: .....  
Nº DE PERSONAS A CONTRATAR: ..... FECHA DE INCORPORACIÓN: .....  
TRANSPORTE HASTA EMPRESA: ..... Nº HORAS JORNADA: .....  
HORARIO DE TRABAJO: de ..... horas. a ..... horas. y de ..... horas. a ..... horas  
TIPO DE CONTRATO: .....  
DURACION CONTRATO: ..... SALARIO BRUTO ANUAL: .....

FORMACION ACADEMICA .....

FORMACION COMPLEMENTARIA .....

EXPERIENCIA LABORAL .....

EDAD MIN/MAX: ..... y ..... años. SEXO: Hombre  Mujer

CARNET DE CONDUCIR: Si  No  VEHICULO PROPIO: Si  No

**PERFIL DEL CANDIDATO**

**MARQUE CON UNA X LA MINIMA DISCAPACIDAD EXCLUYENTE**

**DEAMBULACION:**

Se refiere al modo en que camina o si necesita ayuda para desplazarse

<input type="checkbox"/>	NINGÚN PROBLEMA AL CAMINAR
<input type="checkbox"/>	PROBLEMAS DE ESTABILIDAD PERO ANDA SIN AYUDA
<input type="checkbox"/>	UTILIZA UN BASTON
<input type="checkbox"/>	UTILIZA DOS BASTONES
<input type="checkbox"/>	SILLA DE RUEDAS

**POSTURA LABORAL:**

Postura que tendría que mantener de **manera prolongada**

<input type="checkbox"/>	CUALQUIER POSTURA
<input type="checkbox"/>	SENTADO
<input type="checkbox"/>	DE PIE
<input type="checkbox"/>	ALTERNAR POSTURAS

**DESTREZA MANUAL:**

Es la capacidad de destreza, movilidad y uso de las manos

<input type="checkbox"/>	NO PUEDE UTILIZAR LAS MANOS
<input type="checkbox"/>	GRAVES DIFICULTADES PARA UTILIZAR LAS MANOS
<input type="checkbox"/>	LEVES DIFICULTADES PARA UTILIZAR LAS MANOS
<input type="checkbox"/>	NO TIENE NINGUN PROBLEMA

<input type="checkbox"/>	AMBAS MANOS	<input type="checkbox"/>	DERECHA	<input type="checkbox"/>	IZQUIERDA
<input type="checkbox"/>	AMBAS MANOS	<input type="checkbox"/>	DERECHA	<input type="checkbox"/>	IZQUIERDA
<input type="checkbox"/>	AMBAS MANOS	<input type="checkbox"/>	DERECHA	<input type="checkbox"/>	IZQUIERDA
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

**MUY IMPORTANTE, SIGUE AL DORSO**



**ESFUERZO:**

Es la capacidad para manejar objetos pesados, cargados y desplazarse de manera estable con ellos

<input type="checkbox"/>	NO PUEDE REALIZAR NINGUN TIPO DE ESFUERZO
<input type="checkbox"/>	PUEDE CARGAR PESOS DE HASTA 25 KG.

<input type="checkbox"/>	PUEDE CARGAR PESOS DE HASTA 3 KG.
<input type="checkbox"/>	PUEDE CARGAR PESOS DE MÁS DE 25 KG.

**NIVEL AUDITIVO**

<input type="checkbox"/>	BUEN NIVEL, UTILIZA EL TELEFONO
<input type="checkbox"/>	CON PROTESIS OYE BIEN
<input type="checkbox"/>	PRECISA LECTURA LABIAL Y LENGUA DE SIGNOS

**NIVEL DE VISION**

<input type="checkbox"/>	BUEN NIVEL
<input type="checkbox"/>	PÉRDIDA GRAVE (Corregida con gafas)
<input type="checkbox"/>	INVIDENTES

**EXPRESION ORAL**

<input type="checkbox"/>	NO PUEDE HABLAR, UTILIZA LENGUAJE DE SIGNOS
<input type="checkbox"/>	PUEDE HACERSE ENTENDER CON DIFICULTAD
<input type="checkbox"/>	FLUIDEZ VERBAL NORMAL

**FACTORES AMBIENTALES** (Marque con una X los factores del puesto de trabajo)

<input type="checkbox"/>	TEMPERATURAS INTENSAS (FRIO, CALOR)
<input type="checkbox"/>	ILUMINACION ESCASA
<input type="checkbox"/>	ILUMINACION INTENSA
<input type="checkbox"/>	RUIDO INTENSO
<input type="checkbox"/>	HUMEDAD
<input type="checkbox"/>	POLVO, POLEN, HUMOS U OTRAS SUSTANCIAS

**ACCESIBILIDAD DE LA EMPRESA** (Marque con una X)**ESCALERAS DE ENTRADA**SI  NO **TRANSPORTE PÚBLICO PRÓXIMO**SI  NO **ASCENSO GRANDE (0,8 METROS ANCHO PUERTA)**SI  NO **RAMPA DE ACCESO**SI  NO **ACCESIBILIDAD DEL LOCAL** (Marque con una X)**ASEOS ADAPTADO**SI  NO **ESCALERAS INTERIORES**SI  NO **FACILIDADES DESPLAZAMIENTO INTERIOR**SI  NO **PUESTO DE TRABAJO AMPLIO**SI  NO **OBSERVACIONES** (Indique cualquier dato de interés que no haya sido reflejado anteriormente)


En..... a ..... de ..... de 200.....

**Firma y sello de la empresa**

Remitir éste impreso por correo, fax o correo electrónico a:

Fundación AFIM: Ctra. Coruña, Km.18,200 – Edif. D – 1ª Plta., 28231 LAS ROZAS (Madrid)

Tel.: 91 710 58 58 y Fax: 91 637 66 49

Página Web: <http://www.fundacionafim.org> E-mail: [afim@fundacionafim.org](mailto:afim@fundacionafim.org)**AVISO LEGAL.**

\* Los campos con asterisco, son obligatorios, en caso de no ser cumplimentados o hacerlo incorrectamente no podremos atender su solicitud.

Fundación AFIM garantiza el estricto cumplimiento de la Normativa vigente sobre Protección de Datos de carácter personal. A efecto de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, en su artículo 5, la Fundación AFIM le informa que los datos personales que nos facilite voluntariamente a través de este formulario, serán incorporados a un fichero denominado "OFERTAS DE EMPLEO", debidamente notificados al Registro General de la Agencia Española de Protección de Datos, propiedad de la misma, por lo que existirán tratamientos sometidos a la Legislación Española como el de tener la finalidad de que la entidad gestione sus solicitudes y mantenerle informado de todas las actividades y servicios presentes y futuros que puedan ser de su interés, en el ámbito de la actividad desarrollada por la Fundación AFIM por cualquiera de los medios que nos autoricen. Asimismo, le informamos que puede revocar este consentimiento en cualquier momento. La Fundación AFIM ha adoptado las medidas técnicas y organizativas necesarias, para garantizar la intimidad, la seguridad y la obligación de proteger los mismos, en función de su grado de sensibilidad, conforme a lo previsto en el artículo 9 de la LOPD y a lo establecido por el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre. Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, podrán ser ejercitados ante el Responsable del Fichero por cualquier medio sujeto en derecho acompañando de copia de documento oficial que le identifique: Fundación AFIM, en Ctra. de la Coruña, Km. 18,200 - Edif. D - 1º\_ 28231 Las Rozas (MADRID) / Tel.: 91 710 58 58 / Fax: 91 637 66 49 E-mail: [lopd@fundacionafim.org](mailto:lopd@fundacionafim.org) NO CEDEMOS SUS DATOS A TERCEROS salvo cesiones previstas en la Ley y para el cumplimiento de las finalidades descritas para este formulario. Para más información acceda a nuestra [Política de Protección de Datos Personales en www.fundacionafim.org](http://www.fundacionafim.org) o en el Sitio Web de la Agencia Española de Protección de Datos [www.agpd.es](http://www.agpd.es).

Los datos personales y complementarios recibidos a través de este formulario son conservados y tratados de manera automatizada y en papel, y son tenidos en cuenta mientras sean necesarios para cumplir con las finalidades anteriormente mencionadas y se cancelarán o bloquearán cuando finalicen las mismas.

De acuerdo con nuestra política interna de conservación de la información y para atender al Principio de Calidad de los datos de la LOPD, sobre el deber de mantener su información siempre actualizada, si usted desea que continuemos teniendo en cuenta este formulario, le invitamos a que nos remita de nuevo el mismo cuando considere que éste se encuentra desactualizado, siendo Usted el único responsable de la actualización y veracidad de los datos que nos remita y conservemos.

 No acepto información futura sobre la Fundación AFIM.

Firma.