

Ficha de Inscripción

Recuerde que puede bonificar este curso en los Seguros Sociales de su empresa

DATOS DEL CURSO

DENOMINACIÓN _____

Nº ACCIÓN _____ Nº GRUPO _____ FECHA DE INICIO _____ MODALIDAD _____

DATOS DEL ASISTENTE

NOMBRE _____ APELLIDOS _____

N.I.F. _____ DOMICILIO _____

LOCALIDAD _____ C.P. _____ PROVINCIA _____

TELÉFONOS _____ / _____ E-MAIL _____

SEXO _____ FECHA NACIMIENTO ____/____/____ Nº Seguridad Social _____

Discapacitado: SI NO Afectado víctima violencia de género: SI NO Afectado víctima del terrorismo: SI NO

ÁREA FUNCIONAL (1): _____ CATEGORÍA (2): _____ NIVEL DE ESTUDIOS (3): _____ GRUPO DE COTIZACIÓN (4): _____

(1)	Dirección: DI Administración: AD Comercial: CO Mantenimiento: MN Producción: PR	(2)	Directivo: DI Mando Intermedio: MI Técnico: TE Trabajador Cualificado: TC Trabajador no cualificado: NC	(3)	Sin estudios: SE Estudios Primarios, EGB: EP FPI,BUP,FPII, Bachillerato: EM Diplomado: D Licenciado: L Otros: O	(4)	Ingeniero y Licenciado (1), Ingeniero Técnico, Perito (2), Jefe Administrativo o Taller (3), Ayudante no titulado (4), Oficial Administrativo (5), Subalterno (6), Auxiliar Admto. (7), Oficial de primera o segunda (8), Oficial de tercera o especialista (9), trabajadores > 18 años no cualificado (10), Trabajadores < 18 años (11)
-----	--	-----	--	-----	---	-----	--

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE / RAZÓN SOCIAL _____

CIF _____ Nº SEGURIDAD SOCIAL (C C C) _____

ES PYME: SI NO CÓDIGO CNAE _____ CONVENIO COLECTIVO _____

DIRECCIÓN: _____ LOCALIDAD _____

C.P. _____ PROVINCIA _____ TELÉFONO _____ FAX _____

E-MAIL _____ ¿EMPRESA CREADA EN EL AÑO 2015?: SI NO PLANTILLA MEDIA 2015: _____

REPRESENTANTE LEGAL TRABAJADORES: SI NO NOMBRE _____ DNI _____

D/Dª: _____ con **NIF** _____ como Representante Legal de la empresa arriba indicada, certifico que todos los datos anteriores son ciertos, y solicito que la formación antes descrita, se realice, bonificándome, en todo caso de disponer crédito, en la cotización a la Seguridad Social, autorizando a que se domicilie el coste de la formación y se practique la cofinanciación privada correspondiente ante la Fundación Tripartita por la Entidad Organizadora.

FORMA DE PAGO

RECIBO DOMICILIADO	IBAN	ENTIDAD	SUCURSAL	D.C.	CUENTA

Firma del solicitante del curso

Fdo. D/Dª _____

(Adjuntar fotocopia del DNI y de la última nómina)

Firma y sello del Representante Legal de la Empresa

Fdo. D/Dª _____