

Ficha de Inscripción

DATOS DEL CURSO

DENOMINACIÓN **APCC: ANÁLISIS DE PELIGROS Y PUNTOS DE CONTROL CRÍTICOS**

Nº ACCIÓN **501** **Nº GRUPO** **01** **FECHA DE INICIO** **19 NOVIEMBRE '18** **MODALIDAD** **ONLINE**

DATOS DEL ASISTENTE

NOMBRE _____ **APELLIDOS** _____

N.I.F. _____ **DOMICILIO** _____

LOCALIDAD _____ **C.P.** _____ **PROVINCIA** _____

TELEFONOS _____ / _____ **E-MAIL** _____

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

Discapitado: 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: MC	(3) Sin estudios: SE Estudios Primarios, EGB: EP FP I, BUP, FP II, 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 / RAZON SOCIAL _____

CIF _____ **Nº SEGURIDAD SOCIAL (C C C)** _____

ES PYME: SI NO **CODIGO CNAE** _____ **CONVENIO COLECTIVO** _____

DIRECCIÓN: _____ **LOCALIDAD** _____

C.P. _____ **PROVINCIA** _____ **TELEFONO** _____ **FAX** _____

E-MAIL _____ ¿EMPRESA CREADA EN EL AÑO 20__? SI NO **PLANTILLA MEDIA 2014:** _____

REPRESENTANTE LEGAL TRABAJADORES: SIN **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 _____

Consentimiento para el Tratamiento de Datos Personales

En Cooperativas Agro-alimentarias Castilla-La Mancha creemos y defendemos que tu privacidad es algo muy importante y que solo tú debes poder decidir qué uso se hace de tu información. Por eso, nos hemos adecuando a la normativa europea de protección de datos personales y ponemos a tu disposición todo lo que necesitas para entenderla. Además, queremos que nos digas qué podemos y no podemos hacer con tus datos.

Recuerda que podrás modificar estos permisos cuando quieras y las veces que consideres oportuno.

Marcando esta casilla, consientes que COOPERATIVAS AGRO-ALIMENTARIAS CASTILLA-LA MANCHA trate tus datos para todos los fines que te indicamos a continuación (si hay algún uso en concreto que no quieres aceptar, basta con que nos lo indiques marcando el "NO")

1. Enviarme, por cualquier medio, información relacionada con el sector, actividades formativas y del resto de actividades que lleva a cabo Cooperativas Agro-alimentarias Castilla-La Mancha.

Sí No

2. Ofrecerme, por cualquier medio, información relacionada con el sector, actividades formativas y del resto de actividades que se llevan a cabo las empresas del Grupo: SIC, ACM y Fundación Cooperactiva.

Sí No

3. Acepto la publicación de mi imagen/voz en redes sociales, página web y otras publicaciones del responsable, a fin de promocionar y dar difusión a las actividades realizadas por Cooperativas Agro-alimentarias Castilla-La Mancha.

Sí No

Leo y acepto la información básica sobre Protección de Datos Personales (se indica a continuación):

Información básica sobre Protección de Datos	
Responsable +info	COOPERATIVAS AGRO-ALIMENTARIAS CASTILLA-LA MANCHA
Finalidad +info	Gestión y difusión de la formación a la que se ha inscrito, asistencia en la incorporación laboral y envío de comunicaciones similares
Legitimación +info	Interés legítimo y ejecución de un contrato en la prestación de servicios de formación. Para otros tratamientos no amparados, consentimiento del titular - Podrá revocar el consentimiento en cualquier momento
Destinatarios +info	Administración Pública con competencia en la materia Cesión y Prestación de Servicios entre el resto de empresas del GRUPO y terceros colaboradores No hay transferencias internacionales
Derechos +info	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional
Información Adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en www.agroalimentariasclm.coop/política-de-privacidad

Y en prueba de conformidad, quedo informado y presto mi consentimiento para los tratamientos informados.

En _____, a ____ de _____ de 2018

Nombre y apellidos del alumno:
DNI:

Firma: _____