Fundación Tripartita
PARA LA FORMACIÓN EN EL EMPLEO

UNION EUROPEA
Fondo Social Europeo

Ficha de Inscripción

Acciones de Formación continua en las empresas

Denominación del curso:_____

DATOS DEL TRABAJADOR / PARTICIPANTE

NIF:_____ Nombre y Apellidos:_____ Nº de afiliación a la Seguridad Social:___/_____ Fecha de Nacimiento:_____ Sexo:_____

Dirección:_____ Localidad:_____

C.P.:_____Provincia:_____Teléfono fijo: _____ Móvil:_____

Email:_____ Discapacidad: … SI … NO

ESTUDIOS

… Sin estudios … Estudios Primarios … Graduado Escolar … ESO … FP I

… FP II … BUP/COU Bachillerato … Diplomatura … Licenciatura

AREA FUNCIONAL … Dirección … Administración … Comercial … Mantenimiento … Producción

CATEGORÍA PROFESIONAL … Directivo … Mando Intermedio … Técnico … Trabajador Cualificado … Trab. No Cualificado

Grupo de Cotización (*): Código:_____ Descripción:_____

ENTIDAD DONDE TRABJA ACTUALMENTE

Razón Social:_____ Nº de Inscripción a la Seguridad Social:_____ CIF:_____

Domicilio del Centro de Trabajo:_____

Localidad:_____C.P.:_____ Provincia:_____Teléfono:_____

El alumno se compromete a que va a completar el 75% de las horas totales que contenga la Acción Formativa o realizar el 75% de los cuestionarios de Evaluación. Asímismo y, a los efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y demás normativa de desarrollo, autoriza la utilización de los datos personales contenidos en el presente documento y su tratamiento informático para la ggestión de la solicitud a quee se refiere el mismo.

(*) (01) Ingenieros, licenciados y personal de alta dirección. (02) Ingenieros técnicos, peritos y ayudantes titulados. (03) Jefes administrativos y de taller. (04) Ayudantes no titulados. (05) Oficiales administrativos(06) Subalternos. (07) Auxiliares Administrativos. (08) Oficiales de 1ª y 2ª. (09) Oficiales de3ª y especialistas. (10) Peones. (11) Trabajadores menores de 18 años.

El Trabajador: R.T.L.* (En caso de que exista)

Fdo._____ Fdo. _____

(Nombre y Apellidos) (Nombre y Apellidos)

FECHA:_____ FECHA: _____

*Como Representante Legal de los Trabajadores, declaro conocer y aceptar la acción formativa, medios pedagógicos, criterios de selección, objetivos contenidos, nº de horas, fecha de inicio, fecha de fin y horas de impartición.

ENTIDAD				OFICINA				DC				NUMERO DE CUENTA									

EL COSTE DE LA ACCION FORMATIVA SE PODRA DESCONTAR INTEGRAMENTE DE LOS SEGUROS SOCIALES UNA VEZ FINALIZADA.