

FICHA DE INSCRIPCIÓN (Formación continua)

DATOS DE LA EMPRESA

Razón Social CIF
Actividad N° Código de Cuenta de Cotización
Domicilio (Centro de Trabajo) Localidad Provincia
Código Postal Tlf/Fax Persona de contacto
Correo electrónico

INFORME DE LA REPRESENTACIÓN LEGAL DE LOS TRABAJADORES

¿Existe RLT en la empresa? Si/No (En caso afirmativo, rellenar informe anexo)

DATOS DEL TRABAJADOR QUE REALIZA EL CURSO

Apellidos y nombre DNI
Sexo: V/M Fecha Nacimiento N° Seg. Social
Grupo cotización (mirar encabezamiento de la nómina) Discapacidad: SI/NO
Afectado/Víctima terrorismo: SI/NO Afectado/Víctima violencia género: SI/NO
Domicilio Localidad Provincia
Teléfono Correo electrónico
Categoría profesional: Directivo Mando Intermedio Técnico Tjo. Cualificado Tjo. No cualificado
Estudios: Primaria Secundaria Bachillerato FP.1 FPGdo. Sup Diplom. Licenciatura
Horario laboral: **Horario del Curso:** Laboral No Laboral Mixto

Curso: **Fecha Curso:** **Lugar Impartición**
Modalidad: Presencial Tele formación Distancia Mixta
Precio del curso: **Nº de horas:** **Fecha de solicitud:**

SOLICITUD DE INFORMACIÓN

D/D^a 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 caso de disponer de crédito, en la cotización a la Seguridad Social, autorizando a que se domicilie el coste de la formación en la siguiente cuenta bancaria, asimismo, autorizo a la Entidad Organizadora a practicar la cofinanciación privada correspondiente ante la Fundación Tripartita.

FORMA DE PAGO

Transferencia bancaria: CAIXA CC: ES62 2100 6769 74 2201656228

Domiciliación bancaria / CC-IBAN

Fdo: D/Dña (Sello y firma)

Enviar por mail a: