

FICHA DE INSCRIPCIÓN

ENTIDAD EXTERNA: TRIANGLE ESTUDIS SL N° DE EXPEDIENTE: B201277AE _____
 DENOMINACIÓN DEL CURSO: _____
 N° ACCIÓN FORMATIVA _____ N° GRUPO _____ FECHA DE INICIO _____ FECHA DE FIN _____

DATOS DEL TRABAJADOR/PARTICIPANTE

IMPORTANTE: Recuerde que todos los campos son obligatorios.

NIF: _____ NOMBRE Y APELLIDOS: _____
 N° AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL: _____ FECHA NACIMIENTO _____ SEXO (V/M) _____
 DIRECCIÓN: _____ LOCALIDAD: _____
 PROVINCIA: _____ C.P.: _____ TELÉFONO: _____ MÓVIL _____
 E-MAIL _____ DISCAPACIDAD: SÍ NO

ESTUDIOS

- SIN ESTUDIOS ESTUDIOS PRIMARIOS GRADUADO ESCOLAR ESO FPI
 FPII BUP/COU BACHILLERATO DIPLOMATURA LICENCIATURA

ÁREA FUNCIONAL

- DIRECCIÓN ADMINISTRACIÓN COMERCIAL MANTENIMIENTO
 PRODUCCIÓN

CATEGORÍA PROFESIONAL

- DIRECTIVO MANDO INTERMEDIO TÉCNICO TRAB. CUALIFICADO
 TRABAJADOR NO CUALIFICADO

CÓDIGO GRUPO DE COTIZACIÓN ⁽¹⁾: _____ DESCRIPCIÓN: _____

ENTIDAD DONDE TRABAJA ACTUALMENTE

RAZÓN SOCIAL: _____
 N°. DE INSCRIPCIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL: _____ C.I.F.: _____
 DOMICILIO DEL CENTRO DE TRABAJO: _____
 LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____ C.P.: _____ 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. Asimismo 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 gestión de la solicitud a que se refiere el mismo.

⁽¹⁾ (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 de 3ª y Especialistas. (10) Peones. (11) Trabajadores Menores de 18 años.

EL TRABAJADOR: _____ Representante Legal de los trabajadores* (Si Procede)

FDO.: _____ FDO.: _____
 (NOMBRE Y APELLIDOS) (NOMBRE Y APELLIDOS)

FECHA: _____

* Como Representante Legal de los Trabajadores, declaro conocer y aceptar la acción formativa, objetivos, colectivos destinatarios y número de participantes por acciones, calendario previsto de ejecución, medios pedagógicos, criterios de selección, lugar previsto de impartición, así como el balance de las acciones formativas desarrolladas en el ejercicio precedente.