



Fundación Tripartita
PARA LA FORMACIÓN EN EL EMPLEO



UNIÓN EUROPEA
Fondo Social Europeo



FICHA DE INSCRIPCIÓN

ENTIDAD ORGANIZADORA: TOP FORMACION Y CONSULTING C/ Italia P.109 C.P. 34004 Palencia
Tfno.: 979730277

Nº de Expediente: B129785BP

Denominación del curso: _____ Acción nº _____ Grupo _____

Fecha de la inscripción: _____

DATOS DEL TRABAJADOR / PARTICIPANTE

NIF: _____ Nombre y Apellidos: _____

Nº. de afiliación a la Seguridad Social: ____/____ Fecha Nacimiento: _____ Sexo: ____

Dirección _____ Localidad _____

C.P. _____ Provincia _____ Teléfono _____

Discapacidad: SI NO

ESTUDIOS

Sin estudios Estudios Primarios Graduado escolar ESO FPI
 FPII 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 (1): Código _____ Descripción _____

DATOS DE LA EMPRESA

Razón Social: _____

Nº. de Inscripción a la Seguridad Social: _____ C.I.F.: _____

Domicilio del Centro de Trabajo: _____

Localidad _____ C.P. _____ Provincia _____ Tfno. _____

Asesoría de la Empresa _____ 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. (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

REPRESENTANTE LEGAL DE LOS TRABAJADORES (en caso de que exista)

D. / Dña.: _____ con NIF: _____, como RLT certifico que he recibido

Información relativa a la formación de los trabajadores y emito informe favorable para que se lleve a cabo la

Presente formación. En _____ a _____ de _____ del _____

FIRMA RLT

D. / Dña. _____ Con NIF _____, como representante legal de la

Empresa arriba indicada certifico que todos los datos anteriores son ciertos y solicito que se realice la formación

descrita, bonificándose en la cotización a la Seguridad Social, autorizando a la entidad organizadora a que se

domicilie el coste de la formación según el documento de compromiso de pago anexo

En _____ a _____ de _____ 20 _____ FIRMAS

El Trabajador:

El Representante legal de la Empresa

Fdo. _____

Fdo. _____

(Nombre y Apellidos)

(Nombre y Apellidos)

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, el abajo firmante 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 y, en su caso, para la ejecución del plan formativo, tanto por parte del solicitante como de la FUNDACIÓN TRIPARTITA PARA LA FORMACIÓN EN EL EMPLEO o cualquiera otras personas o entidades relacionadas con dicho plan. Asimismo le informamos de la posibilidad de que ejerza los derechos de acceso, rectificación y oposición de sus datos de carácter personal ante TOP FORMACION Y CONSULTING SLU C/ Italia P.109 C.P. 34004 Palencia

IF

0

P

000

0

0

0

0

00

0

0

0

00

0

0

00

00

00

00

P

0

0

0

IF

000

P

P

0

0

0

0

0