

FICHA DE INSCRIPCIÓN FORMACIÓN CONTINUA - 2015

De acuerdo con lo establecido por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), consiento que mis datos sean incorporados a un fichero del que es titular, FUNDACIÓN TRIPARTITA con la finalidad de realizar la inscripción del curso de formación continua para la realización del curso. Asimismo, declaro haber sido informado de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de mis datos en el domicilio fiscal de ASOCIACIÓN NACIONAL DE CENTROS DE E-LEARNING Y DISTANCIA sito en C/OPENENSE 20 1º PTA 12 - 28020 MADRID.

INDIQUE LOS DATOS DEL CURSO AL QUE DESEA INSCRIBIRSE									
Nombre del curso									
Modalidad	Presencia		Mixta		Distancia		On Line		
DATOS DEL ALUMNO									
Apellidos						Nombre			
Domicilio			Nº	Población			Código postal		
Tlfo. particular		Tlfo. móvil		Nº Afiliación Seg. Soc.					
Fecha de nacimiento		D.N.I.		E-mail			Sexo		V <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Señale si posee alguna minusvalía o discapacidad		Sí <input type="checkbox"/> Tipo: _____		No <input type="checkbox"/>		Nacionalidad			
NIVEL DE ESTUDIOS									
<input type="checkbox"/> Sin estudios			<input type="checkbox"/> Estudios primarios, EGB o equivalente			<input type="checkbox"/> FP I o Enseñanzas Técnico Profesional equiv., Bachillerato Superior, BUP y equiv., FP II o equiv.			
<input type="checkbox"/> Arquitecto Técnico o Ingeniero Técnico, Diplomado de otras Escuelas Universit. y equiv.			<input type="checkbox"/> Arquitecto e Ingeniero Superior o Licenciado			<input type="checkbox"/> Otros (especificar)			
PUESTO DE TRABAJO QUE DESEMPEÑA EN LA EMPRESA (ÁREA FUNCIONAL)									
<input type="checkbox"/> Dirección		<input type="checkbox"/> Administración		<input type="checkbox"/> Comercial		<input type="checkbox"/> Mantenimiento		<input type="checkbox"/> Producción	
CATEGORIA PROFESIONAL									
<input type="checkbox"/> Directivos		<input type="checkbox"/> Mando Intermedio		<input type="checkbox"/> Técnico		<input type="checkbox"/> Trabajador cualificado		<input type="checkbox"/> Trabajador no cualificado	
TIPO DE CONTRATO									
Tipo de contrato		Indefinido <input type="checkbox"/>		Temporal <input type="checkbox"/>		Nº Grupo de Cotización TGSS			
RÉGIMEN DE AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL (Señale con una cruz a la que pertenezca)									
<input type="checkbox"/> Régimen General			<input type="checkbox"/> Régimen General (trabajadores a tiempo parcial-fijos discontinuos en período de no ocupación)						
<input type="checkbox"/> Régimen Especial de Autónomos			<input type="checkbox"/> Régimen General (trabajadores en situación de regulación de empleo en períodos de no ocupación)						
DATOS DE LA EMPRESA									
Nombre de la empresa						C.I.F.			
Código C.N.A.E.		Grupo C.N.A.E.							
Cuenta bancaria completa IBAN		ES		D.C. IBAN		Entidad		Oficina	
		Código País				D.C.		Nº de Cuenta	
Cta. Cotización		Plantilla media año anterior							
Existe R.L.T.		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		P.Y.M.E.		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Empresa de nueva creación	
						Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Fecha creación	
Convenio Colectivo									
Domicilio						Código Postal			
Localidad				Provincia					
Teléfono		2º Teléfono		Fax					
E-mail				Web					
Representante legal		Nombre y apellidos					N.I.F.		

El material de estudios se remitirá a la empresa. Si desean recibirlo en el domicilio del alumno, marquen esta casilla

IMPORTANTE: Es imprescindible, para que esta ficha de Inscripción sea válida, cumplimentar todos los datos solicitados. Complimente tantas Fichas como cursos que desee inscribirse.

FIRMA ALUMNO

FIRMA EMPRESA

_____, a _____ de _____ de 2015
Declaro que los datos expuestos corresponden a la realidad