

*Curso :

Datos del / la Trabajador/a participante

*NIF	*Nombre y Apellidos		
*Nº Seg. Social	Fecha de nacimiento	Sexo	
*Dirección	C.P.		
Población	Provincia		
e-mail	Teléfono		
Discapacidad	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	

Área Funcional

Dirección Administración Comercial Mantenimiento Producción

Categoría Profesional

Directivo Mando Intermedio Técnico Trabajador Cualificado
 Trabajador No Cualificado

Grupo de cotización (1): Código Descripción

Estudios

Sin estudios Estudios Primarios Graduado Escolar ESO FPI FPII
 BUP/COU Bachillerato Diplomatura Licenciatura

Entidad donde Trabaja Actualmente

Razón Social		
CIF	Nº seguridad Social	Teléfono
Domicilio del Centro de Trabajo		
Localidad	C.P.	Provincia

El alumno se compromete a que va a completar las horas totales que contenga la Acción Formativa o realizar el 80% de los ejercicios 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:

Fdo. _____

(Nombre y Apellidos)

*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.

Cumplimenta el documento por completo con letra clara y firmalo