

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

Nombre del Curso: **N° Curso:** **N° grupo:**
Modalidad: Presencial Tele formación Distancia Mixta
Horario:
fecha inicio: **Fecha fin:**

Fdo: D/Dña

Enviar por mail a: