



UNIÓN EUROPEA
Fondo Social Europeo
El FSE invierte en tu futuro

FICHA DE INSCRIPCIÓN

DATOS DE LA EMPRESA:

Razón Social: _____
 C.I.F./N.I.F.: _____ N° Seguridad Social de la Empresa: _____
 Domicilio: _____
 Población: _____ Provincia: _____ C.P.: _____
 Teléfono: _____ Fax: _____ E-mail: _____

DATOS DEL TRABAJADOR QUE REALIZA EL CURSO:

Apellidos: _____ Nombre: _____
 NIF: _____ F.Nacimiento: _____ N° Seguridad Social: _____
 Teléfono/Móvil: _____ Correo Electrónico: _____
 Domicilio: _____
 Población: _____ Provincia: _____ C.P.: _____
 Horario Laboral: _____ Discapacitado: Sí No
 Estudios Finalizados: _____
 Afectados/ víctima terrorismo: Sí No Afectados/ víctima violencia de género: Sí No

DATOS DEL CURSO QUE VA A REALIZAR:

Nombre del curso: _____ N° de horas: _____
 Modalidad: Presencial Distancia On-line

INFORME DE LA REPRESENTACIÓN LEGAL DE LOS TRABAJADORES:

¿Existe Representante Legal de los Trabajadores?: Sí No (en caso afirmativo, completar los datos siguientes)
 Apellidos: _____ Nombre: _____
 N.I.F.: _____ Sindicato al que representa: _____ Cargo sindical: _____

De conformidad con el Art. 15 Apartado 1) del R.D. 395/2007, por el que se regu la el subsistema de formación profesional para el empleo, la Representación Legal de los Trabajadores declara que ha recibido la siguiente información: Denominación y descripción de las acciones que se van a desarrollar y objetivos, colectivos destinatarios y número de participantes por acciones, calendario previsto de ejecución, medios pedagógicos, criterios de selección de los participantes, lugar previsto de impartición de las acciones formativas y balance de las acciones formativas desarrolladas en el ejercicio precedente, emitiendo informe favorable para que se lleve a efecto la formación.

Fdo.: _____

SOLICITUD DE FORMACIÓN

D./Doña.: _____ con N.I.F.: _____
 como representante legal de la empresa arriba indicada, certifico que los datos anteriores son ciertos y solicito la realización de la formación descrita. El coste me lo bonificaré, en caso de disponer de crédito, en el boletín de cotización de la Seguridad Social. Asimismo autorizo a la Entidad Organizadora a realizar la domiciliación en la cuenta abajo indicada y a practicar la Cofinanciación Privada que corresponda.

Código Cuenta Cliente

Entidad	Sucursal	D.C.	Cuenta

(20 dígitos)

Fdo.: _____

Fecha: _____

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos de carácter personal son recabados con el fin de poderle adecuadamente los servicios que usted nos solicita, para remitirle información comercial y publicitaria de nuestros productos y servicios, así como para el cumplimiento de las obligaciones fiscales y legales derivadas de la prestación de este servicio. Dichos datos serán incorporados a unos ficheros de nominados OFIMÁTICO y ALUMNOS cuya finalidad es: gestión de cursos de Formación y que se encuentran debidamente inscritos en el Registro General de Protección de Datos. Los destinatarios de esta información sólo y exclusivamente serán los trabajadores de la Academia.

Nuestra empresa tiene implantadas las medidas de índole técnica y organizativas necesarias para garantizar la seguridad, confidencialidad, e integridad de los datos de carácter personal que trata.

Por último, le informamos que puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en CENTRO DE ESTUDIOS EMPRESARIALES DIV. FOR., S.L. Avda del Sur, 12 local 6 - 18014 Granada y bajo los términos previstos en la Ley Orgánica 15/99 y normativa de desarrollo por los procedimientos definidos al efecto por esta empresa.

Si no consiente el tratamiento de sus datos personales para enviarle información comercial sobre nuestras actividades que pueda serle de interés por cualquier medio, marque esta casilla.