

## PEDIDO DE CURSOS

DATOS DEL TRABAJADOR QUE RECIBE LA FORMACIÓN						
EMPRESA:			C.I.F.:			
NOMBRE:		APELLIDOS:				
N.I.F.:		SEXO:		FECHA NACIMIENTO:		
N.º SEG. SOCIAL:			PUESTO QUE DESEMPEÑA:			
TELÉFONO:			FAX:			
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO :						
<b>ÁREA FUNCIONAL</b> <input type="checkbox"/> Dirección <input type="checkbox"/> Administración <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Mantenimiento <input type="checkbox"/> Producción			<b>CATEGORÍA PROFESIONAL</b> <input type="checkbox"/> Directivo <input type="checkbox"/> Mando intermedio <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Trabajador cualificado <input type="checkbox"/> Trabajador no cualificado			
<b>GRUPO DE COTIZACIÓN</b> <input type="checkbox"/> Ingenieros y Licenciados <input type="checkbox"/> Ingenieros Técnicos, Peritos y Ayudantes titulados <input type="checkbox"/> Jefes administrativos y de taller <input type="checkbox"/> Ayudantes no titulados <input type="checkbox"/> Oficiales administrativos <input type="checkbox"/> Subalternos			<input type="checkbox"/> Auxiliares administrativos <input type="checkbox"/> Oficiales de 1.ª y 2.ª <input type="checkbox"/> Oficiales de 3.ª y especialistas <input type="checkbox"/> Trabajadores >=18 años no cualificados <input type="checkbox"/> Trabajadores <18 años			
<b>NIVEL DE ESTUDIOS</b> <input type="checkbox"/> Sin estudios <input type="checkbox"/> Estudios Primarios, EGB o equivalente <input type="checkbox"/> FPI, FPII, Bachillerato, BUP o equivalente <input type="checkbox"/> Arquitecto téc., Ing. Técnico, Diplomado <input type="checkbox"/> Arquitecto e Ingeniero Superior o Licenciado <input type="checkbox"/> Otros (especificar)			¿Discapacitado? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
CURSOS SOLICITADOS A RELLENAR POR LA ENTIDAD ORGANIZADORA						
CURSO	NOMBRE CURSO		MODALIDAD*	PRECIO/H.	HORAS CURSO	TOTAL CURSO €
1						
2						
					<b>SUMA TOTAL</b>	

\* Modalidad: Presencial, Teleformación, Distancia o Mixta

INFORMACIÓN PARA EL COBRO DE LA FORMACIÓN. DOMICILIACIÓN SEPA													
(Datos Bancarios para el cobro del importe del servicio de formación)													
Banco/Caja	IBAN		Entidad:	Oficina:	D.C.	N.º de cuenta:							
	E	S											

Mediante la firma del presente documento, la Empresa certifica que son ciertos todos los datos aportados en el mismo y que el importe de los cursos solicitados para formación de la empresa no se ha comprometido ni se comprometerá con ninguna otra Entidad Organizadora.

FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA

Fdo. ....

En ..... a ..... de ..... del 20.....

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, el firmante autoriza la utilización de los datos contenidos en el presente documento y su tratamiento informático para la gestión de la solicitud a la que se refiere el mismo y si procede, la ejecución del Plan Formativo tanto por parte de la Entidad Organizadora como de la Fundación Estatal para la Formación en el Empleo y el INEM o cualesquiera otras personas relacionadas con dicho Plan.