Documento de Adhesión al Convenio de Agrupación de Empresas

DATOS DE LA EMPRESA AGRUPADA

C.I.F.:_____ RAZÓN SOCIAL:_____
NOMBRE COMERCIAL: _____ DIRECCIÓN DE LA EMPRESA:_____
DIRECCIÓN DE ENVÍO DEL MATERIAL: _____
LOCALIDAD: _____ C.P.: _____ PROVINCIA: _____
CÓDIGO DE CTA. DE COTIZACIÓN : _____ TELÉFONO: _____

DATOS DEL CURSO

DENOMINACIÓN:_____ HORAS:____
MODALIDAD:[ ] Distancia [ ] On-Line [ ] Presencial FECHA DE INICIO:_____

DATOS DEL TRABAJADOR QUE REALIZA EL CURSO

APELLIDOS Y NOMBRE: _____
SEXO:___ FECHA NACIMIENTO:_____ Nº SEG. SOCIAL:_____
D.N.I.: _____ DOMICILIO: _____
LOCALIDAD: _____ C.P.: _____ PROVINCIA: _____
TELÉFONO: _____ E-MAIL:_____
HORARIO LABORAL: _____ DISCAPACIDAD: [ ] Sí [ ] No
CÓDIGO DE CTA. DE COTIZACIÓN PARA ESTE TRABAJADOR: _____

GRUPO DE COTIZACIÓN

[ ] 1.- Ingenieros y Licenciados
[ ] 2.- Ingenieros técnicos, Peritos y Ayudantes titulados
[ ] 3.- Jefes administrativos y de taller
[ ] 4.- Ayudantes no titulados
[ ] 5.- Oficiales administrativos
[ ] 6.- Subalternos
[ ] 7.- Auxiliares administrativos
[ ] 8.- Oficiales de primera y segunda
[ ] 9.- Oficiales de tercera y especialistas
[ ] 10.- Trabajadores mayores de 18 años no cualificados
[ ] 11.- Trabajadores menores de 18 años

NIVEL DE ESTUDIOS

[ ] Sin estudios
[ ] Estudios primarios, EGB o equivalente
[ ] FP I o Enseñanza Técnica profesional equiv., Bachillerato Superior, BUP y equiv. FP II o equiv.
[ ] Arquitecto Técnico o Ingeniero Técnico, Diplomado de otras escuelas universitarias y equiv.
[ ] Arquitecto e Ingeniero Superior o Licenciado
[ ] Otros

CATEGORÍA

[ ] (DI) Directivo
[ ] (MI) Mando Intermedio
[ ] (TE) Técnico
[ ] (TC) Trabajador Cualificado
[ ] (NC) Trabajador NO Cualificado

ÁREA FUNCIONAL

[ ] (DI) Dirección
[ ] (AD) Administración
[ ] (CO) Comercial
[ ] (MN) Mantenimiento
[ ] (PR) Producción

SOLICITUD DE FORMACIÓN

Don/Doña: _____
con NIF _____ , como Representante Legal de la empresa arriba indicada,certifico que todos los datos anteriores son ciertos y solicito que se realice la formación descrita, bonificándome,en caso de disponer de crédito, en la cotización a la Seguridad Social. Asimismo, autorizo a la Entidad Organizadora a practicar la cofinanciación privada correspondiente y a que se domicilie el coste de la formación en la siguiente cuenta bancaria:

ENTIDAD	OFICINA	D.C.	NÚMERO DE CUENTA

En _____ a ____ de _____ de 20__

Conforme Alumno, Conforme Empresa, Conforme Área 10 Formación Continua

A efectos de lo dispuesto en la LOPD 15/1999, AREA 10, S.L., AREA 10 ESCUELA DE FORMACION, SL., AREA 10 FORMACION CONTINUA,S.L., AREA DE NEGOCIOS, S.L., ALCOTEN S.L. y SISTEMAS INTEGRALES DE IMPRESION Y EDICION, SL. en adelante GRUPO ALBATROS, le informa que Vd considera este documento como aceptación, como consentimiento informado y autorización para el tratamiento automatizado y cesión de sus datos de carácter personal para fines propios de la actividad de GRUPO ALBATROS. Vd. tiene en cualquier momento derecho a acceder a esta información, pudiendo rectificarla, cancelarla u oponerse a ella dirigiéndose a nuestro teléfono gratuito , o a nuestro correo electrónico referenciado.

Teléfono Gratuito 900 123 111
Consultas por e-mail formacion@area10.es
Fax Gratuito 900 123 112
Página Web www.area10.es