selectia
Consultora de formación

Fundación Tripartita
PARA LA FORMACIÓN EN EL EMPLEO

UNIÓN EUROPEA
Fondo Social Europeo
El FSE invierte en tu futuro

FICHA DE INSCRIPCIÓN

ENTIDAD ORGANIZADORA: SELECTIA Servicios Auxiliares, S.L. _____Nº DE EXPEDIENTE: B110994AK

DENOMINACIÓN DEL CURSO: _____

Nº ACCIÓN FORMATIVA _____ Nº GRUPO_____ FECHA DE INICIO _____ FECHA DE FIN _____

MODALIDAD (presencial/ a distancia/ on-line) _____ _____ _____

DATOS DEL TRABAJADOR/PARTICIPANTE

NIF: _____ NOMBRE Y APELLIDOS: _____

Nº AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL: _____ FECHA NACIMIENTO _____ SEXO (V/M)_____

DIRECCIÓN: _____ LOCALIDAD: _____

PROVINCIA: _____ C.P.:_____ TELÉFONO:_____ MÓVIL_____

E-MAIL_____ DISCAPACIDAD: ☐ SÍ ☐ NO

ESTUDIOS

☐ SIN ESTUDIOS ☐ ESTUDIOS PRIMARIOS ☐ GRADUADO ESCOLAR ☐ ESO ☐ FPI
☐ FPII ☐ BUP/COU BACHILLERATO ☐ DIPLOMATURA ☐ LICENCIATURA

ÁREA FUNCIONAL

☐ DIRECCIÓN ☐ ADMINISTRACIÓN ☐ COMERCIAL ☐ MANTENIMIENTO
☐ PRODUCCIÓN OTRAS_____

CATEGORÍA PROFESIONAL

☐ DIRECTIVO ☐ MANDO INTERMEDIO ☐ TÉCNICO ☐ TRAB. CUALIFICADO
☐ TRABAJADOR NO CUALIFICADO
CÓDIGO GRUPO DE COTIZACIÓN_____DESCRIPCIÓN_____

(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.

ENTIDAD DONDE TRABAJA ACTUALMENTE

RAZÓN SOCIAL: _____

Nº. DE INSCRIPCIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL: _____C.I.F.: _____

DOMICILIO DEL CENTRO DE TRABAJO: _____

LOCALIDAD: _____PROVINCIA: _____ C.P.:_____ TELÉFONO: _____

Como trabajador de la empresa arriba citada, reconozco que he sido informado acerca de los datos relativos a la acción formativa en la que voy a participar y expreso mi conformidad para asistir con aprovechamiento al menos al 75% de las horas impartidas y/o realizar el 75% de los controles de seguimiento que me sean exigidos durante la realización de la acción formativa anteriormente descrita en los horarios y fechas establecidas. **DOCUMENTACIÓN COMPLEMENTARIA A APORTAR: fotocopia del DNI y de la última nómina del trabajador/ a.**
LUGAR Y FECHA:_____

EL TRABAJADOR:

FDO.: _____(NOMBRE Y APELLIDOS)

Como *Representante Legal de los Trabajadores*, declaro conocer y aceptar la acción formativa, objetivos, colectivos destinatarios y número de participantes por acciones, calendario previsto de ejecución, medios pedagógicos, criterios de selección, lugar previsto de impartición, así como el balance de las acciones formativas desarrolladas en el ejercicio precedente.

EL REPRESENTANTE LEGAL DE LOS TRABAJADORES (si procede)

FDO.:_____(NOMBRE Y APELLIDOS)

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de carácter personal, le informamos que los datos obtenidos mediante la cumplimentación de este impreso y demás documentos que se adjuntan van a ser incorporados para su tratamiento en un fichero titularidad de SELECTIA, Servicios Auxiliares S.L., con la finalidad de tramitar y gestionar los servicios solicitados. Del mismo modo le informamos que sus datos serán cedidos a otras entidades y/o organizaciones que se considere necesario para llevar a cabo la gestión de la solicitud presentada. Usted puede ejercitar sus derechos de acceso rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a SELECTIA, Servicios Auxiliares S.L. Avenida De la Innovación, oficina 13. 09007, Burgos.