

## FICHA DE INSCRIPCIÓN FORMACIÓN CONTINUA

FORMACIÓN COFINANCIADA POR EL FONDO SOCIAL EUROPEO

<b>CONSULTOR</b>	Alejandro González	<b>TELÉFONO</b>	644 267 228	<b>DELEGACIÓN</b>	
------------------	--------------------	-----------------	-------------	-------------------	--

### INDIQUE LOS DATOS DEL CURSO AL QUE DESEA INSCRIBIRSE

Nombre del curso	Precio
------------------	--------

### DATOS DEL ALUMNO

Apellidos	Nombre				
Teléfono	Teléfono móvil				
Fecha nacimiento	D.N.I.	E-mail	Sexo	V <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
Señale si posee alguna minusvalía o discapacidad	SI <input type="checkbox"/> Tipo:	NO <input type="checkbox"/>	Nacionalidad		
Nº afiliación S.S.	Nº Grupo cotización TGSS				

### NIVEL DE ESTUDIOS

<input type="checkbox"/> Sin estudios	<input type="checkbox"/> Estudios primarios, EGB o equivalente	<input type="checkbox"/> FP I, o enseñanzas técnico profesional equiv., Bachillerato Superior, BUP y equiv., FP II o equiv
<input type="checkbox"/> Arquitecto técnico o ingeniero técnico diplomado de otras escuela universitarias o equiv.	<input type="checkbox"/> Arquitecto e ingeniero superior o licenciado	<input type="checkbox"/> Otros (especificar)

### PUESTO DE TRABAJO QUE DESEMPEÑA EN LA EMPRESA (ÁREA FUNCIONAL)

<input type="checkbox"/> Dirección	<input type="checkbox"/> Administración	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Mantenimiento	<input type="checkbox"/> Producción
------------------------------------	---	------------------------------------	--	-------------------------------------

### CATEGORÍA PROFESIONAL

<input type="checkbox"/> Dirección	<input type="checkbox"/> Mand. intermedio	<input type="checkbox"/> Técnico	<input type="checkbox"/> Trabajador cualificado	<input type="checkbox"/> Trabajador no cualificado
------------------------------------	---	----------------------------------	---	--

### DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la empresa	CIF					
Nombre comercial						
IBAN	Entidad	Oficina	DC	Nº.Cuenta		
Plantilla anterior	media	año	CTA. Cotización			
Existe R.L.T.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	P.Y.M.E.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Empresa nueva creación	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha creación
Convenio colectivo						
Domicilio				C.postal		
Localidad			Provincia			
Teléfono	2º teléfono		Fax			
E-mail		Página web				
Nombre y apellidos del representante legal						
NIF del representante legal						
Gestoría	E-mail gest.		Teléfono gest.			

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\*Declaro que los datos expuestos corresponden a la realidad y autorizo con mi firma que se atienda al recibo que presentará CORPORACIÓN INFORMÁTICA (Alejandro González Sosa) en la cuenta bancaria arriba indicada.

FIRMADO ALUMNO

FIRMADO EMPRESA

¿Qué curso le gustaría realizar en próximos ejercicios?