

Datos de la empresa agrupada

C.I.F.: _____ RAZÓN SOCIAL: _____
 DIRECCIÓN : _____
 LOCALIDAD: _____ C.P.: _____ PROVINCIA: _____

Datos del curso

DENOMINACIÓN: _____ Horas: _____
 MODALIDAD: On-line Mixta (On-line y presencial) Presencial IMPORTE:

Datos del trabajador que realiza el curso

Nota: el trabajador no podrá ser autónomo y ha de estar de alta en la empresa al inicio del curso

APELLIDOS Y NOMBRE: _____
 Hombre FECHA NACIMIENTO: / / Nº SEG. SOCIAL: /
 Mujer CODIGO DE CUENTA DE COTIZACIÓN DE LA EMPRESA PARA ESTE TRABAJADOR: / D.N.I.: _____
 DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____
 C.P.: _____ PROVINCIA: _____ TEL.: _____

HORARIO LABORAL

Afectado/Víctima terrorismo Afectado/Víctima violencia de género Discapacidad

EMAIL: _____ PUESTO DE TRABAJO: _____

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 de 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 equivalentes
- FP I o Técnico Profesional equiv.,
- Bachillerato Superior, BUP o equiv., FP II o equiv.
- Arquitecto o Ingeniero Técnico, Diplomado de otras escuelas universitarias y equiv.
- Arquitecto, Ingeniero Superior o Licenciado
- Otros

CATEGORIA

- (DI) Directivo
- (CI) 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 N.I.F: _____

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. Así mismo, autorizo a la Entidad Gestora a practicar la cofinanciación privada correspondiente y a domiciliar el coste de la formación en la siguiente cuenta bancaria:

IBAN ENTIDAD OFICINA D.C. NÚMERO DE CUENTA

En _____ a _____ de _____ de 20__

El trabajador	El Rep. legal / Adm. de la empresa	La entidad gestora
Fdo.:	Fdo.:	

El trabajador se compromete a completar al menos el 75 % de las horas totales y a realizar 75 % de los cuestionarios de evaluación.

Didactic C/ Tres Creus 236 · D1 · 08203 Sabadell (Barcelona) Tel.: 930 160 363 didactic@didacticformacion.com Fax.: 937 220 509