

Nº de Agrupación: _____ Entidad Organizadora: CONAVANZA S.L.

Denominación del curso: _____

Fecha de la inscripción: _____

DATOS DEL TRABAJADOR / PARTICIPANTE			
NIF: _____ Nombre y Apellidos: _____			
Nº. de afiliación a la Seguridad Social: ____ / ____		Fecha Nacimiento: _____ Sexo: ____	
Dirección _____		Localidad _____	
C.P. _____		Provincia _____ Teléfono _____	
Discapacidad: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO. E-mail: _____			
ESTUDIOS			
<input type="checkbox"/> Sin estudios	<input type="checkbox"/> Estudios Primarios	<input type="checkbox"/> Graduado escolar	<input type="checkbox"/> ESO <input type="checkbox"/> FPI
<input type="checkbox"/> FPII	<input type="checkbox"/> BUP/COU Bachillerato	<input type="checkbox"/> Diplomatura	<input type="checkbox"/> Licenciatura
AREA 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"/> Directivo		<input type="checkbox"/> Mando Intermedio	<input type="checkbox"/> Técnico
<input type="checkbox"/> Trabajador cualificado		<input type="checkbox"/> Trab. No Cualificado	
Grupo de Cotización (1): Código _____		Descripción _____	
ENTIDAD DONDE TRABAJA ACTUALMENTE			
Razón Social: _____			
Nº. de Inscripción a la Seguridad Social: _____		C.I.F.: _____	
Domicilio del Centro de Trabajo: _____			
Localidad _____		C.P. _____ Provincia _____ Tlfno. _____	

El alumno se compromete a completar el 75% de las horas totales que contenga la Acción Formativa o realizar el 75% de los cuestionarios de Evaluación. Asimismo y, 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 de desarrollo, autoriza la utilización de los datos personales contenidos en el presente documento y su tratamiento informático para la gestión de la solicitud a que se refiere el mismo. Dichos datos pasarán a formar parte de un fichero automatizado propiedad de CONAVANZA SL, Si así lo desea puede dirigirse a Pza Los Pinos, 10 de Plasencia (Cáceres) para ejercer los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación.

(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

El Trabajador: _____ R.L.T.* (En caso de que exista)

Fdo. _____
(Nombre y Apellidos)

Fdo. _____
(Nombre y Apellidos)

* Como Representante Legal de los Trabajadores, declaro conocer y aceptar la acción formativa, medios pedagógicos, criterios de selección, objetivos contenidos, nº de horas, fecha de inicio, fecha de fin y horas de impartición.

A CUMPLIMENTAR POR LA ENTIDAD ORGANIZADORA:

Acción Formativa (Nº y Denominación) _____ Nº de Grupo _____

Fecha de Inicio _____ Fecha de Fin _____ Horario _____

Nombre y Apellidos del docente _____

A
C
C
I
O
N
E
S

d
e

F
O
R
M
A
C
I
Ó
N

C
O
N
T
I
N
U
A

e
n

I
d
e
a
s

e
m
p
r
e
s
a
s