ANEXO III

Fundación Tripartita
PARA LA FORMACIÓN EN EL EMPLEO

Ficha de Inscripción

Unión Europea
Fondo Social Europeo

Entidad Organizadora: **CETA FORMACION SL**

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: ☐ SI ☐ NO

ESTUDIOS

☐ Sin estudios ☐ Estudios Primarios ☐ Graduado escolar ☐ ESO ☐ FPI
☐ FPII ☐ BUP/COU Bachillerato ☐ Diplomatura ☐ Licenciatura

AREA FUNCIONAL ☐ Dirección ☐ Administración ☐ Comercial ☐ Mantenimiento ☐ Producción

CATEGORÍA PROFESIONAL ☐ Directivo ☐ Mando Intermedio ☐ Técnico ☐ Trabajador cualificado ☐ 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 que va 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.

(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. _____ Fdo._____
(Nombre y Apellidos) (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 _____

Acciones de Formación Continua en las empresas