



FICHA DE INSCRIPCIÓN A ACCIONES FORMATIVAS

Formación Profesional Continua

Curso Solicitado: _____

Modalidad: _____ **Fecha de solicitud:** _____

Datos del trabajador que realiza el curso			
Nombre:		Apellidos:	
Domicilio:			C.P.:
Población:		Provincia:	
Tel.:	E-mail:		
Fecha Nacimiento(DD/MM/AA):		N.I.F.:	Sexo: H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Nº de la Seguridad Social (12 dígitos):		Discapacidad: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Afectado/Víctima violencia de género: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Afectado/Víctima de terrorismo: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Grupo de cotización TGSS (nº del 1 al 11 que aparece encabezado de la nómina):			
Estudios: Menos que primaria <input type="checkbox"/> Ed.Primaria <input type="checkbox"/> 1ª etapa ed. Secundaria (ESO, EGB, certif. profesionalidad nivel 1 y 2) <input type="checkbox"/> 2ª etapa ed. Secundaria (Bachillerato, FP grado medio, BUP, FP1, FP2) <input type="checkbox"/> Ed.postsecundaria no superior (certif. profesionalidad nivel 3) <input type="checkbox"/> Técnico sup./FP grado sup. y equivalentes <input type="checkbox"/> E.universitarios 1º ciclo (diplomatura-grado) <input type="checkbox"/> E.universitarios 2º ciclo (licenciatura-máster) <input type="checkbox"/> E.universitarios 3º ciclo (doctorado) <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>			
Categoría Profesional: Directivo <input type="checkbox"/> Mando intermedio <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Trabajador cualificado <input type="checkbox"/> Trab.con baja cualificación <input type="checkbox"/>			
Profesión y titulación:			

Datos de la Empresa			
Nombre o Razón Social:		CIF.:	
Domicilio:			C.P.:
Población:		Provincia:	
Tel.:	E-mail:		Fax.:
Persona de contacto:		Cargo:	
Código Cuenta de Cotización asociada al trabajador:		¿Es PYME? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Convenio Colectivo:		Código CNAE:	



Informe de la Representación Legal de los Trabajadores (RLT)

¿Existe Representación legal de los trabajadores? SI NO
(En caso afirmativo, rellenar y enviar el documento "[Informe RLT](#)")

Solicitud de Formación

D/D^a. _____ con
NIF. _____ como **Representante Legal de la empresa** arriba
indicada, certifico que todos los datos anteriores son ciertos, y solicito que la formación antes
descrita se realice, bonificándome, en caso de disponer de crédito, en la cotización a la
Seguridad Social. Asimismo, autorizo a la Entidad Organizadora a practicar la cofinanciación
privada correspondiente ante la Fundación Tripartita.

La entidad de Formación (FORMAT XATIVA) enviará a la empresa beneficiaria la factura del
curso una vez finalizado el mismo. La matriculación en el curso se efectuará en el momento de
la cumplimentación y entrega de la ficha de inscripción.

El importe pagado se podrá bonificar a partir del mes de finalización del curso, después de que
Format Xativa envíe la notificación de finalización del curso a la empresa beneficiaria.

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma del alumno:

Firma y sello de la empresa:

En cumplimiento de la LOPD, le informamos que sus datos van a ser incorporados a un fichero propiedad de
FORMAT XATIVA, S.L. La finalidad del presente fichero es cumplir con la vigente normativa de la gestión de
bonificaciones por formación continua de trabajadores y la realización de comunicaciones puntuales sobre
nuestros servicios. Dichos datos personales no serán cedidos a terceros, exceptuando los requeridos por las
Administraciones Públicas competentes que así lo requieran para cumplir con la legislación vigente. Los
afectados podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición frente al Responsable
del Fichero en la siguiente dirección: info@formatxativa.com