



# FICHA DE INSCRIPCIÓN



Ficha de Inscripción-Rev 3

Denominación del Curso: \_\_\_\_\_

## ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DNI Y CABECERA DE LA ÚLTIMA NOMINA

**SIN LA CUMPLIMETACION DE ESTA FICHA Y LA DOCUMENTACION REQUERIDA NO SE PUEDE TRAMITAR LA SUBVENCIÓN DEL CURSO**

### DATOS DEL PARTICIPANTE / TRABAJADOR

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_ N° Inscripción Seguridad Social: \_\_\_\_\_

Convenio Colectivo de aplicación o referencia: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: Hombre  Mujer  Discapacidad: SI  No

Dirección: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

### DATOS GENERALES DE LA EMPRESA A LA QUE PERTENECE

Razón Social: \_\_\_\_\_

CIF: \_\_\_\_\_ N° Inscripción Seguridad Social: \_\_\_\_\_

Dirección Centro de Trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

### ESTUDIOS Y ACTIVIDAD PROFESIONAL

Actividad Profesional que realiza dentro de la empresa: \_\_\_\_\_

Coste salarial trabajador: \_\_\_\_\_ €/hora (salario mensual/n° horas mes)

Área Funcional Dirección  Administración  Comercial  Mantenimiento  Producción

Categoría Profesional Directivo  Mando intermedio  Técnico  Trabajador cualificado  T. no cualificado

#### Nivel de estudios

Sin estudios  Estudios Primarios/EGB/ Equivalente  FP/BUP/Bachillerato Sup/Equivalente

Diplomado/Arquitecto o Ingeniero Técnico  Licenciado/Arquitecto o Ingeniero Superior  Otros \_\_\_\_\_

#### Grupo de cotización TGSS:

01-Ingenieros-licenciados  02-Ingenieros Tecn. -Ayud. Titulados  03-Jefes Admón./ Taller  04- Ayud. No Titulado

05-Oficial Admon  06-Subalterno  07-Aux. admón.  08- Oficial 1ª y 2ª  09- Oficial 3ª y especialistas

10-Trabajadores mayores 18 años No Cualificado  11-Trabajadores menores de 18 años

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.

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, n° de horas, fecha de inicio, fecha de fin y horas de impartición.

Cumplimente esta ficha y envíela Sistemas Integrales de Calidad a la atención del Dpto. Formación  
C/ Camino del Molino 11 nave 10, 41; 28400 – Collado Villalba TEL. 91-849 71 27; FAX: 91-850-46-25  
[formacion@sic-calidad.com](mailto:formacion@sic-calidad.com)