

INSCRIPCIÓN, curso:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **DATOS TRABAJADOR/A PARTICIPANTE (Régimen General de la S.S.)** |
| Apellidos y nombre: N.I.F:  |
| **Nº. Seguridad Social**: Fecha nacimiento:  |
| Calle: Nº.: C.P.: Población: Provincia: |
| Teléfono 1: Email:  |
| **Imprescindible email y teléfono de cada participante. O certificado de carecer de email y/o teléfono**  |
| **Horario de jornada del trabajador/a:**  |
| **Grupo cotización** (en nómina): **Área funcional**: Dirección 🞎; Administración 🞎; Comercial 🞎; Mantenimiento 🞎; Producción 🞎 |
| **Categoría profesional**: Directivo 🞎; Mando intermedio 🞎; Técnico🞎; Cualificado 🞎; Baja cualificación 🞎 |
| **Nivel de estudios**: Menos que Primaria🞎; Ed. Primaria 🞎; ESO-EGB-Certificado profes 1 y 2. 🞎; FP1, Bachiller 🞎 Certificado Nivel 3 🞎; FP2 🞎; Diplomado 🞎; Licenciado 🞎; Doctorado 🞎 Otros 🞎 |
| **DATOS DE LA ENTIDAD** |
| Nombre jurídico de la empresa / razón social: |
| CIF: calle: nº.:  |
| C.P. Población: Provincia:  |
| Teléfono: Móvil: Email: |
| Número de patronal (**Seguridad social de la empresa**):  |
| **Persona de contacto en la empresa: Cargo:** |
| Actividad principal de la empresa: **Plantilla media año anterior**:  |
| Empresa de nueva creación (año actual o anterior) Sí: 🞎 No: 🞎 |
| ¿Existe representación legal de los trabajadores? Sí: 🞎 No: 🞎 |
| **Cofinanciación privada** (para empresas de + de 5 trabajadores: Aportación económica 🞎 Horas laborales 🞎 |
| **DATOS EL CURSO** |
| Curso: Total importe curso: € |
| Horas totales: Horas presenciales: Horas teleformación:  |
| Fecha inicio: Fecha finalización: Horario:  |
| Centro impartición:  |
| Domicilio impartición: Avenida Alfonso X El Sabio, 13, Entresuelo Localidad: Murcia C.P.: 30.008 Provincia: Murcia |
| Finalizado el curso, la empresa se bonificará el importe mediante descuento en las cuotas a la S.S. La entidad organizadora facilitará toda la documentación necesaria para la bonificación. |
| DATOS BANCARIOS PARA EL COBRO DE IMPORTES POR SERVICIO DE FORMACIÓN |
| BANCO:  |
| Entidad: | Oficina: | D.C.: | Nº. Cuenta: |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

La empresa bonificada (firma y sello)

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fdo. representante legal

 Firma del alumno/a:

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 201\_

**fotocopias del DNI y cabecera de la nómina**