

Curso que solicita: _____ N° Horas: _____
 Modalidad: On-line Presencial (Bajo presupuesto Anexo) Mixta (Bajo presupuesto Anexo)

DATOS DEL TRABAJADOR / PARTICIPANTE

Nombre y Apellidos: _____ (Adjuntar Nómina)
 Dirección _____ E-Mail _____
 C.P. _____ Localidad: _____ Móvil _____ NIF: _____
 N° Seg. Social: ____ / _____ Fecha nacimiento: _____ Sexo: ____ Discapacidad: SI NO

<u>ESTUDIOS</u>	<input type="checkbox"/> Sin estudios	<input type="checkbox"/> FPII/Ciclo Grado Medio
	<input type="checkbox"/> Estudios Primarios	<input type="checkbox"/> Ciclo Grado Superior
	<input type="checkbox"/> Graduado escolar	<input type="checkbox"/> BUP/COU Bachillerato
	<input type="checkbox"/> ESO	<input type="checkbox"/> Diplomatura
	<input type="checkbox"/> FPI	<input type="checkbox"/> Licenciatura

<u>AREA FUNCIONAL</u>	<input type="checkbox"/> Dirección	<u>CATEGORIA</u>	<input type="checkbox"/> Directivo
	<input type="checkbox"/> Administración		<input type="checkbox"/> Mando Intermedio
	<input type="checkbox"/> Comercial		<input type="checkbox"/> Técnico
	<input type="checkbox"/> Mantenimiento		<input type="checkbox"/> Trabajador cualificado
	<input type="checkbox"/> Producción		<input type="checkbox"/> Trabajador No Cualificado

Grupo Cotización TASS (mirar encabezado de la nómina): _____
 Tipo de jornada (adjuntar contrato en caso de PIF): _____ N° de horas de jornada (1-8) : _____

DATOS DE LA ENTIDAD DONDE TRABAJA ACTUALMENTE (DIRECCIÓN DE ENVÍO DEL CURSO)

PYME NO PYME SECTOR / CONVENIO _____
 Razón Social: _____ CIF: _____
 Dirección de envío del material: _____
 C.P.: _____ Población: _____ Horario de Trabajo: _____
 Cuenta de Cotización de la empresa en la SS.: ____ / _____ (11 dígitos)

INFORME DE LA REPRESENTACIÓN LEGAL DE LOS TRABAJADORES

¿Existe RLT en la empresa? SI NO (En caso afirmativo, rellenar informe anexo)

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 y no tener deuda con la Seguridad Social), en la cotización a la Seguridad Social, autorizando a que se domicilie el coste de la formación en la siguiente cuenta bancaria:

País CC	Entidad	Oficina	D.C.	Número de Cuenta

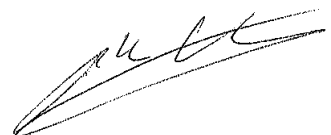
En _____
 a _____ de _____ de 2017

Forma de pago:

Conforme Empresa, (firma y sello)

Conforme Educate,

Domiciliación Bancaria a la finalización del curso (Indicar n° de cuenta para el cargo)..



PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL