



FICHA DE INSCRIPCIÓN FORMACIÓN CONTINUA

De acuerdo con lo establecido por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), consiento que mis datos sean incorporados a un fichero del que es titular ASOCIACION NACIONAL DE CENTROS DE E-LEARNING Y DISTANCIA con la finalidad de realizar la tramitación de la formación continua que solicito a través del presente formulario. Consiento también que los datos incluidos puedan ser comunicados a LA FUNDACION TRIPARTITA con la finalidad de realizar la tramitación del curso de formación necesario para la realización del curso. Asimismo declaro haber sido informado de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de mis datos en el domicilio fiscal de ASOCIACION NACIONAL DE CENTROS DE E-LEARNING Y DISTANCIA sito en C/ ORENSE 20.1º PTA.12 - 28020 MADRID.

INDIQUE LOS DATOS DEL CURSO AL QUE DESEA INSCRIBIRSE

| | | | | | |
|------------------|-----------|--|-------|--|---------|
| Nombre del curso | | | | | |
| Modalidad | Presencia | | Mixta | | On Line |

DATOS DEL ALUMNO

| | | | | | | |
|--|---|--|-----------------------------|-----------|--------------|---|
| Apellidos | | | | Nombre | | |
| Domicilio | | | Nº | Población | | Código postal |
| Tífo. particular | Tífo. móvil | | Nº Afiliación Seg. Soc. | | | |
| Fecha de nacimiento | D.N.I. | | E-mail | | Sexo | V <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |
| Señale si posee alguna minusvalía o discapacidad | Si <input type="checkbox"/> Tipo: _____ | | No <input type="checkbox"/> | | Nacionalidad | |

NIVEL DE ESTUDIOS

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|

CATEGORIA PROFESIONAL

Directivos
 Mando Intermedio
 Técnico
 Trabajador cualificado
 Trabajador no cualificado

TIPO DE CONTRATO

| | | | | |
|------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|--|
| Tipo de contrato | Indefinido <input type="checkbox"/> | Temporal <input type="checkbox"/> | Nº Grupo de Cotización TGSS | |
|------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|--|

RÉGIMEN DE AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL (Señale con una cruz a la que pertenezca)

Régimen General
 Régimen General (trabajadores a tiempo parcial-fijos discontinuos en período de no ocupación)
 Régimen Especial de Autónomos
 Régimen General (trabajadores en situación de regulación de empleo en períodos de no ocupación)

DATOS DE LA EMPRESA

| | | | | | | |
|----------------------|---|-----------|---|----------------------------|---|----------------|
| Nombre de la empresa | | | | C.I.F. | | |
| Código C.N.A.E. | Grupo C.N.A.E. | | | | | |
| | | COLEGIADO | Nº COLEGIADO | COLEGIO MEDIADORES SEGUROS | | |
| Cta. Cotización | Plantilla media año anterior | | | | | |
| Existe R.L.T. | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | P.Y.M.E. | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Empresa de nueva creación | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Fecha creación |
| Convenio Colectivo | | | | | | |
| Domicilio | | | | | Código Postal | |
| Localidad | | | | Provincia | | |
| Teléfono | 2º Teléfono | | Fax | | | |
| E-mail | | | | Web | | |
| Representante legal | Nombre y apellidos | | | N.I.F. | | |

El material de estudios se remitirá a la empresa. Si desean recibirlo en el domicilio del alumno, marquen esta casilla

IMPORTANTE: Es imprescindible, para que esta Ficha de Inscripción sea válida, cumplimentar todos los datos solicitados. Complimente tantas Fichas como cursos que desee inscribirse.

FIRMA ALUMNO

FIRMA EMPRESA

_____, a ____ de _____ de 20__
Declaro que los datos expuestos corresponden a la realidad