



FICHA DE INSCRIPCIÓN FORMACIÓN INICIAL Y 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 ASOCIACIÓN 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 FUNDACIÓN 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 ASOCIACIÓN 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		
Tlfo. particular		Tlfo. 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									
<input type="checkbox"/> Directivos <input type="checkbox"/> Mando Intermedio <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Trabajador cualificado <input type="checkbox"/> 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)									
<input type="checkbox"/> Régimen General <input type="checkbox"/> Régimen General (trabajadores a tiempo parcial-fijos discontinuos en período de no ocupación)									
<input type="checkbox"/> Régimen Especial de Autónomos <input type="checkbox"/> 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	
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. Cumplimente tantas Fichas como cursos que desee inscribirse.

FIRMA ALUMNO

FIRMA EMPRESA

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