Imprimir

Instituto Abierto de Formación Interactiva

UNIÓN EUROPEA
Fondo Social Europeo

Fundación Tripartita
PARA LA FORMACIÓN EN EL EMPLEO

Adhesión al Convenio de Agrupación de Empresas

DATOS DE LA EMPRESA AGRUPADA

Razón Social: _____ __ Cuenta de Cotización Principal: ___/_____

Nombre Comercial: _____ _____ C.I.F./ N.I.F.: _____

Domicilio Social**:** _____ ____Núm: _____ C.P.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ ¿Coincide éste con el Domicilio Fiscal? Sí ☐ No ☐

Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____ Fax: _____ E- mail: _____

Persona de Contacto Administrativo: _____ _____ Plantilla media del 2007: _____

Convenio de Referencia: _____ C.N.A.E.: _____ I.A.E.: _____

Empresa creada en el 2007/2008: Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, indicar Fecha de Creación: _____

Nº De Centros de Trabajo: _____ Ha abierto algún **nuevo centro de trabajo en el 2008**? Sí ☐ No ☐ Pyme: Sí ☐ No ☐

¿Existe **Representación Legal de Trabajadores?:** Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, la empresa se compromete a comunicar a la RLT con anterioridad al inicio de la ejecución de la/s acción/es formativa/s, toda la documentación detallada en el Art. 15 del RD 395/2007 de 23 de Marzo y a cumplimentar el documento adjunto "Información a la RLT" por cada centro de trabajo con RLT, salvo que la representación sea conjunta para todos los centros de trabajo, en cuyo caso sólo habrá que cumplimentar un único documento de RLT por empresa.

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: _____ **Apellidos:** _____

N.I.F: _____

DATOS DEL CONTACTO ADMINISTRATIVO EXTERNO

ASESORÍA LABORAL: _____ Persona de Contacto: _____

Teléfono: _____

El arriba firmante, no habiendo agotado aún el crédito disponible para formación, certifica que todos los datos referidos en este documento son ciertos y que la empresa a la que representa se encuentra al corriente de sus obligaciones tributarias y frente a la Seguridad Social**.** Por tanto solicita, con objeto de participar en acciones de Formación Continua, adherirse al Convenio de Agrupación de Empresas fechado el 14/09/05 cuya entidad organizadora es Instituto Abierto de Formación Interactiva, S.A., aceptando las actuaciones de comprobación, inspección y control que pudieran efectuar los distintos Organismos facultadas para ello. Asimismo, se compromete a cumplir con el porcentaje de aportación privada establecido, y a que los trabajadores participantes estén cotizando por formación profesional en virtud de lo establecido en el Art. 5.1 del Real Decreto 395/2007 de 23 de Marzo, al inicio de los cursos.

En_____, a _____de_____2008

Represente Legal
De la Empresa Agrupada

Represente Legal
De la Entidad Organizadora

Fdo. _____
N.I.F.:

Fdo. Eugenio Gallego Hernández
N.I.F.: 25.684.972-K

* La firma de este documento no compromete a la empresa firmante a la realización de cursos con la entidad organizadora. Es necesario que se cumplimenten todos los campos.

CLÁUSULA DE INFORMACIÓN DE PROTECCIÓN DE DATOS

A los efectos de los dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y demás normativa de desarrollo, El titular del fichero autoriza la utilización de los datos contenidos en este documento y en la Ficha de Adhesión al Convenio y su tratamiento informático para la gestión de la formación a que se refiere el mismo y, en su caso, para la ejecución de las acciones formativas, por parte de la Entidad Organizadora como de la FUNDACIÓN TRIPARTITA PARA LA FORMACIÓN EN EL EMPLEO o cualquier otra personas o entidades relacionadas con dicho Convenio de Agrupación.

Instituto Abierto de Formación Interactiva

UNIÓN EUROPEA
Fondo Social Europeo

Fundación Tripartita
PARA LA FORMACIÓN EN EL EMPLEO

Ficha de Inscripción del Alumno

DATOS DEL TRABAJADOR:

Nombre: _____ **Apellidos**: _____

NIF/NIE: _____ **Nº Seguridad Social**: _____

Teléfono: _____ **Móvil:** _____ **E-mail:** _____

Sexo: V ☐ M ☐ Fecha Nacimiento: __/__/__

HORAS SEMANALES DE CONTRATO: ☐

Discapacitado: Sí ☐ No ☐ Grupo de Cotización: _____

Área Funcional	Categoría Profesional	Nivel de Estudios:
☐ Dirección ☐ Administración ☐ Comercial ☐ Mantenimiento ☐ Producción	☐ Directivo ☐ Mando Intermedio ☐ Técnico ☐ Trabajador Cualificado ☐ Trabajador No Cualificado	☐ Sin Estudios ☐ Estudios Primarios ☐ ESO ☐ FPI ☐ FPII ☐ BUP/COU/ Bachillerato ☐ Diplomatura ☐ Licenciatura

DIRECCIÓN:

Dirección: _____

Localidad: _____ C.P.: _____ Provincia: _____

Dirección de Envío Material: ☐ Domicilio Centro Trabajo ☐ Domicilio Alumno ☐ Otros.:___

DATOS DEL CURSO QUE SOLICITA:

Denominación: _____Nº de Horas: _____

Fecha Preferente de Inicio: _____/ _____/ _____ ¿Ha realizado o va a realizar más de un curso? En caso

Afirmativo indicar cuales: _____

El abajo firmante se responsabiliza de la veracidad de los datos aquí indicados, así como de su situación de alta en la empresa firmante en la fecha de inicio de curso. El trabajador no debe ser autónomo.
Documentación a aportar: Fotocopia completa de la última nómina y del DNI

En _____ a ___ de _____ de 2008

Firma del Trabajador: Firma del Representante Legal de la empresa del alumno:

CLÁUSULA DE INFORMACIÓN DE PROTECCIÓN DE DATOS

Los datos personales recogidos en este certificado pasarán a formar parte de un fichero automatizado titularidad de la entidad organizadora del plan de formación y serán tratados por esta, de acuerdo con la legislación vigente en materia de protección de datos personales, con la finalidad de llevar a cabo la acción formativa. Los datos personales podrán ser comunicados a terceros sin el consentimiento del titular de los mismos, siempre que esta comunicación responda a una necesidad para el desarrollo, cumplimiento y control de la acción formativa y se limite a esta finalidad, tal y como se establece en el Art. 11.1 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Para ejercitar los derechos de acceso, impugnación, rectificación, cancelación y oposición de sus datos, deberán dirigirse a la entidad organizadora y cumplimentar los formularios dispuestos al efecto.

Instituto Abierto de Formación Interactiva

Autorización de cargo en la cuenta bancaria de la entidad

Don/a _____, con DNI núm _____
representante legal de la entidad _____con CIF núm _____,

AUTORIZO:

A cargar en la cuenta / libreta núm: _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ que tiene abierta esta entidad, en esa sucursal los recibos que le presten al cobro **INSTITUTO ABIERTO DE FORMACIÓN INTERACTIVA, S.L.** en concepto de **organización e impartición curso de Formación Continua,** por un importe de _____, con fecha de finalización del curso.

Y para que conste y para los efectos oportunos, firmo esta autorización en

_____, a ___ de _____ de 200_

Vº Bº Representante Legal

Fdo: _____