



Centro de formación
y Estudios para Pymes

Fundación Tripartita
PARA LA FORMACIÓN EN EL EMPLEO



INEM
INSTITUTO DE EMPLEO
SERVICIO PÚBLICO
DE EMPLEO ESTATAL



UNIÓN EUROPEA
Fondo Social Europeo

FICHA DE PARTICIPANTE

DATOS DEL CURSO

ACCIÓN FORMATIVA: _____

NÚMERO ACCIÓN: _____

GRUPO: _____

HORAS: _____

MODALIDAD: **A DISTANCIA**

DATOS DEL ALUMNO

APELLIDOS: _____

NOMBRE: _____

N.I.F. _____

Nº INSCRIPCIÓN SS: _____

FECHA NACIMIENTO: _____

TELEFONOS FIJO Y MOVIL: _____

DOMICILIO: _____

C.P. _____

LOCALIDAD: _____

PROVINCIA: _____

E MAIL: _____

Datos Técnicos y Funcionales

CATEGORÍA	ÁREA FUNCIONAL	TIPO DE CONTRATO
Directivo	Dirección	Fijo
Mando intermedio	Administración	Fijo discontinuo
Técnico	Comercial	Eventual
Trabajador cualificado	Mantenimiento	
Trabajador no cualificado	Producción	

Nivel de estudios

Sin estudios
Estudios primarios EGB o equivalente
FPI, o enseñanza técnica profesional equivalente
Arquitecto Técnico o ingeniero Técnico
Arquitecto o Ingeniero Superior
Otros (especificar)

El abajo firmante declara, bajo su responsabilidad, ser ciertos los datos arriba reseñados.

FIRMA

En _____ a, _____ de _____ de 20____

DATOS DE LA EMPRESA

RAZÓN SOCIAL: _____

Nº INSCRIPCIÓN SS: _____ CIF: _____

TELÉFONOS FIJO Y MÓVIL: _____

DOMICILIO: _____

C.P. _____ LOCALIDAD: _____

PROVINCIA: _____ E MAIL: _____

La Empresa anteriormente reseñada a través de su representante legal declara lo siguiente:

- Que contrata con la entidad CENTRO DE FORMACIÓN Y ESTUDIOS PARA PYMES SL la impartición del curso de Formación Continua reseñado al dorso.
- Que se encuentra al corriente en los pagos a las cuotas de la Seguridad Social.
- Que ha sido informado del contenido del curso y está de acuerdo con éste, así como con el procedimiento que regula el subsistema para la Formación Continua que regula la O.M. TAS 2307/2007 en desarrollo del RD 395/2007 de 23 de Marzo.
- Que ha sido informado de que el coste del curso es de 420 Euros que abonará a la empresa CENTRO DE FORMACIÓN Y ESTUDIOS PARA PYMES SL mediante domiciliación bancaria, cheque ó pagaré.
- Que ha sido informado que dicho coste será bonificado 100% de las cuotas a la Seguridad Social por lo que el curso supondrá coste cero para el contratante según lo anteriormente expuesto.

En prueba de conformidad se firma en:

_____, a _____, de _____, de _____

Datos del Representante Legal

Nombre: _____ N.I.F. _____

Firma.-

FIRMA