



Fundación Tripartita
PARA LA FORMACIÓN EN EL EMPLEO

FICHA DE INSCRIPCIÓN DE PARTICIPANTES EN FORMACIÓN CONTINUA

Denominación del curso: _____ Horas: _____ Agente: _____

Empresa	Razón Social _____ CIF: _____
	Convenio Colectivo: _____ Cta. Cotización: _____ CNAE: _____
	Actividad: _____ N° Empleados Año Anterior: _____ Fecha de Creación: _____
	Dirección: _____ CP: _____ Localidad: _____
	Provincia: _____ Tfno.: _____ Fax: _____ E-mail: _____
	Representante Legal de la Empresa: _____ NIF: _____
	PYME: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> R.L.T.: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Al Corriente con la SS y Hacienda: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	N° de cuenta: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Representante Legal de los Trabajadores: _____ N.I.F.: _____
	Asesoría: _____ Contacto: _____ TLF: _____

Alumno	Nombre y Apellidos: _____ NIF: _____ Sexo: V <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>																		
	N° de Afiliación a la Seguridad Social: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____																		
	Correo electrónico: _____ Teléfono: _____ Móvil: _____																		
	Dirección: _____ Población: _____ C.P.: _____																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nivel de Estudios</th> <th>Categoría Profesional</th> <th>Datos Laborales</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sin Estudios</td> <td><input type="checkbox"/> Directivo</td> <td>Grupo de Cotización: <input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Estudios 1º, EGB o equivalente</td> <td><input type="checkbox"/> Mando Intermedio</td> <td>Régimen General: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> FPI, BUP, Bachiller, FPII, o equivalente</td> <td><input type="checkbox"/> Técnico</td> <td>Discapacidad Trabajador: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diplomado, Arquitecto Técnico</td> <td><input type="checkbox"/> Trabajador con Baja Cualificación</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ldo., Ing., Arquitecto o Ingeniero Sup.</td> <td><input type="checkbox"/> Trabajador Cualificado</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Nivel de Estudios	Categoría Profesional	Datos Laborales	<input type="checkbox"/> Sin Estudios	<input type="checkbox"/> Directivo	Grupo de Cotización: <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Estudios 1º, EGB o equivalente	<input type="checkbox"/> Mando Intermedio	Régimen General: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> FPI, BUP, Bachiller, FPII, o equivalente	<input type="checkbox"/> Técnico	Discapacidad Trabajador: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diplomado, Arquitecto Técnico	<input type="checkbox"/> Trabajador con Baja Cualificación		<input type="checkbox"/> Ldo., Ing., Arquitecto o Ingeniero Sup.	<input type="checkbox"/> Trabajador Cualificado	
	Nivel de Estudios	Categoría Profesional	Datos Laborales																
	<input type="checkbox"/> Sin Estudios	<input type="checkbox"/> Directivo	Grupo de Cotización: <input type="text"/> <input type="text"/>																
	<input type="checkbox"/> Estudios 1º, EGB o equivalente	<input type="checkbox"/> Mando Intermedio	Régimen General: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																
	<input type="checkbox"/> FPI, BUP, Bachiller, FPII, o equivalente	<input type="checkbox"/> Técnico	Discapacidad Trabajador: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																
	<input type="checkbox"/> Diplomado, Arquitecto Técnico	<input type="checkbox"/> Trabajador con Baja Cualificación																	
<input type="checkbox"/> Ldo., Ing., Arquitecto o Ingeniero Sup.	<input type="checkbox"/> Trabajador Cualificado																		

* El alumno se compromete a completar el 75% de las horas totales que contenga la Acción Formativa o realizar el 75% de los cuestionarios de Evaluación.
** Como Representante Legal de los Trabajadores, declaro conocer y aceptar la acción formativa, medios pedagógicos, criterios de selección, objetivos contenidos, nº de horas, fecha de inicio, fecha de fin y horas de impartición.

El Trabajador	Representante Legal de los Trabajadores	El Representante Legal de la Empresa
Fdo. _____	Fdo. _____	Fdo. _____

En _____ a _____ de _____ de 201__

A CUMPLIMENTAR POR LA ENTIDAD ORGANIZADORA:

Acción Formativa _____ N° de Grupo _____ Fecha de Inicio _____ Fecha de Fin _____

Horario _____

Nombre y Apellidos del docente _____