# FICHA DE INSCRIPCIÓN DEL ALUMNO (Formación Bonificada)

Entidad Organizadora: **DAPEN CENTRO ESTUDIOS, S.L.**

Nombre del curso: _____ Fecha: _____

ACCIÓN Nº: _____ GRUPO: _____

**DATOS DE TRABAJADOR:**

NIIF _____ Nombre y apellidos _____

Número de afiliación a la Seguridad Social _____

Domicilio _____

Localidad _____ Provincia _____

Código Postal _____ Teléfono _____ E-mail _____

Fecha nacimiento _____ Sexo Discapacidad ☐ Sí ☐ No

ESTUDIOS ☐ Sin estudios ☐ Estudios primarios - graduado ☐ FP – Ciclos formativos
☐ Bachillerato ☐ Universitarios Otros _____

ÁREA FUNCIONAL ☐ Dirección ☐ Administración ☐ Comercial
☐ Producción ☐ Mantenimiento

CATEGORÍA PROFESIONAL ☐ Directivo ☐ Mando intermedio ☐ Técnico
☐ Trabajador cualificado ☐ Trabajador no cualificado

Grupo de cotización (*) Descripción _____

(*) (01) Ingenieros, licenciados y personal de alta dirección. (02) Ingenieros técnicos, peritos y ayudantes titulados. (03) Jefes administrativos y de taller. (04) Ayudantes no titulados. (05) Oficiales administrativos. (06) Subalternos. (07) Auxiliares Administrativos. (08) Oficiales de 1ª y 2ª. (09) Oficiales de 3ª y especialistas. (10) Peones. (11) Trabajadores menores de 18 años

**ENTIDAD DONDE TRABAJA ACTUALMENTE**

Razón social _____

Con CIF _____ Cuenta de Cotización Seguridad Social _____

Domicilio del centro de trabajo _____

Localidad _____ Provincia _____

Código Postal _____ Teléfono _____ E-mail _____

El alumno se compromete a que va a completar el 75% de las horas totales que contenga la Acción Formativa o realizar el 75% de los cuestionarios de Evaluación. Asimismo, y a los efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y demás normativa de desarrollo, autoriza la utilización de los datos personales contenidos en el presente documento y su tratamiento informático para la gestión de la solicitud a que se refiere el mismo.

El Trabajador | Representante Legal de la empresa[1] | R.L.T.[2] (En caso de que exista)

Fdo.: _____ (Nombre y apellidos)

Fdo.: _____ (Nombre y apellidos)

Fdo.: _____ (Nombre y apellidos)

[1] Como Representante Legal de la Empresa, 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 y autorizo al trabajador a realizar dicho curso.

[2] 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