



# Formación programada por las empresas

## Solicitud de curso

A cumplimentar por la entidad organizadora

Nº Grupo  Nº AF

### Datos de la empresa agrupada

C.I.F.:  RAZÓN SOCIAL: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ C.P.:  PROVINCIA: \_\_\_\_\_

### Datos del curso

DENOMINACIÓN: \_\_\_\_\_ Horas: \_\_\_\_\_

MODALIDAD:  On-line  Mixta (On-line y presencial)  Presencial IMPORTE:

### Datos del trabajador que realiza el curso

Nota: el trabajador no podrá ser autónomo y ha de estar de alta en la empresa al inicio del curso

APELLIDOS Y NOMBRE: \_\_\_\_\_

Hombre  FECHA NACIMIENTO:  /  /  Nº SEG. SOCIAL:  /

Mujer  CODIGO DE CUENTA DE COTIZACIÓN DE LA EMPRESA PARA ESTE TRABAJADOR:  /  D.N.I.:

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

C.P.:  PROVINCIA: \_\_\_\_\_ TEL.:

HORARIO LABORAL \_\_\_\_\_

Afectado/Víctima terrorismo  Afectado/Víctima violencia de género  Discapacidad

EMAIL: \_\_\_\_\_ PUESTO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

#### GRUPO DE COTIZACIÓN

- 1.- Ingenieros y licenciados
- 2.- Ingenieros técnicos, Peritos y ayudantes titulados
- 3.- Jefes administrativos y de taller
- 4.- Ayudantes no titulados
- 5.- Oficiales administrativos
- 6.- Subalternos
- 7.- Auxiliares administrativos
- 8.- Oficiales de primera y de segunda
- 9.- Oficiales de tercera y especialistas
- 10.- Trabajadores mayores de 18 años no cualificados
- 11. Trabajadores menores de 18 años

#### NIVEL DE ESTUDIOS

- Sin estudios
- Estudios primarios, EGB o equivalentes
- FP I o Técnico Profesional equiv.,
- Bachillerato Superior, BUP o equiv., FP II o equiv.
- Arquitecto o Ingeniero Técnico, Diplomado de otras escuelas universitarias y equiv.
- Arquitecto, Ingeniero Superior o Licenciado
- Otros

#### CATEGORIA

- (DI) Directivo
- (CI) Mando Intermedio
- (TE) Técnico
- (TC) Trabajador Cualificado
- (NC) Trabajador no Cualificado

#### ÁREA FUNCIONAL

- (DI) Dirección
- (AD) Administración
- (CO) Comercial
- (MN) Mantenimiento
- (PR) Producción


### Solicitud de formación

Don/Doña: \_\_\_\_\_ con N.I.F.:

como representante legal de la empresa arriba indicada, certifico que todos los datos anteriores son ciertos y solicito que se realice la formación descrita, BONIFICÁNDOME, EN CASO DE DISPONER DE CRÉDITO, en la cotización a la Seguridad Social. Así mismo, autorizo a la Entidad Gestora a practicar la cofinanciación privada correspondiente y a domiciliar el coste de la formación en la siguiente cuenta bancaria:

IBAN	ENTIDAD	OFICINA	D.C.	NÚMERO DE CUENTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

El trabajador	El Rep. legal / Adm. de la empresa	La entidad gestora
  	  	 CENTRE D'ESTUDIS INFOMON NIF: 33893085-D Avda. Can Deu, 20 08207 SABADELL Tel: 947160740
Fdo.:	Fdo.:	

El trabajador se compromete a completar al menos el 75 % de las horas totales y a realizar 75 % de los cuestionarios de evaluación.  
 Centre d'Estudis Infomon, Avinguda de Can Deu, 20 - 08207 Sabadell Tel 947160740