

INDIQUE LOS DATOS DEL CURSO AL QUE DESEA INSCRIBIRSE														
NOMBRE DEL CURSO														
MODALIDAD		PRESENCIA			MIXTA			DISTANCIA			ON LINE			
DATOS DEL ALUMNO														
APELLIDOS							NOMBRE							
DOMICILIO				Nº	POBLACIÓN			C. POSTAL						
TLFO. PARTICULAR			TLFO. MOVIL:			Nº AFILIACIÓN S.S.								
FECHA DE NACIMIENTO		D.N.I.			E-MAIL			SEXO		V <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				
SEÑALE SI POSEE ALGUNA MINUSVALIA O DISCAPACIDAD		SI <input type="checkbox"/> TIPO: _____ NO <input type="checkbox"/>			NACIONALIDAD									
NIVEL DE ESTUDIOS														
<input type="checkbox"/> SIN ESTUDIOS				<input type="checkbox"/> ESTUDIOS PRIMARIOS, EGB O EQUIVALENTE				<input type="checkbox"/> FP I, O ENSEÑANZAS TÉCNICO PROFESIONAL EQUIV., BACHILLERATO SUPERIOR, BUP Y EQUIV., FP II O EQUIV.						
<input type="checkbox"/> ARQUITECTO TÉCNICO O INGENIERO TÉCNICO, DIPLOMADO DE OTRAS ESCUELAS UNIVER. Y EQUIV.				<input type="checkbox"/> ARQUITECTO E INGENIERO SUPERIOR O LICENCIADO				<input type="checkbox"/> OTROS (ESPECIFICAR):						
PUESTO DE TRABAJO QUE DESEMPEÑA EN LA EMPRESA (ÁREA FUNCIONAL)														
<input type="checkbox"/> DIRECCIÓN			<input type="checkbox"/> ADMINISTRACIÓN			<input type="checkbox"/> COMERCIAL			<input type="checkbox"/> MANTENIMIENTO			<input type="checkbox"/> PRODUCCIÓN		
CATEGORIA PROFESIONAL														
<input type="checkbox"/> DIRECTIVOS			<input type="checkbox"/> MANDO INTERMEDIO			<input type="checkbox"/> TÉCNICO			<input type="checkbox"/> TRABAJADOR CUALIFICADO			<input type="checkbox"/> TRABAJADOR NO CUALIFICADO		
TIPO DE CONTRATO														
TIPO DE CONTRATO		INDEFINIDO <input type="checkbox"/>			TEMPORAL <input type="checkbox"/>			NÚMERO GRUPO DE COTIZACIÓN TGSS						
RÉGIMEN DE AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL (Señale con una cruz a la que pertenezca)														
<input type="checkbox"/> Régimen General.				<input type="checkbox"/> Régimen General (trabajadores a tiempo parcial-fijos discontinuos en período de no ocupación)										
<input type="checkbox"/> Régimen Especial de Autónomos				<input type="checkbox"/> Régimen General (trabajadores en situación de regulación de empleo en períodos de no ocupación)										
DATOS DE LA EMPRESA														
NOMBRE DE LA EMPRESA							C.I.F.:							
C.N.A.E. (CÓDIGO)			GRUPO C.N.A.E.											
Nº CUENTA BANCARIA		ENTIDAD	OFICINA	D.C.	Nº CUENTA									
CTA. COTIZACIÓN		PLANTILLA MEDIA AÑO ANTERIOR												
EXISTE R.L.T		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	P.Y.M.E		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	EMPRESA NUEVA CREACIÓN			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		FECHA CREACIÓN			
CONVENIO COLECTIVO														
DOMICILIO								C. POSTAL						
LOCALIDAD					PROVINCIA									
TELEFONO				2º TELEFONO				FAX						
E-MAIL						PAGINA WEB			www.					
NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL														
NIF DEL REPRESENTANTE LEGAL														

FIRMADO ALUMNO:

FIRMADO EMPRESA:

Fecha: