

# Ficha de Adhesión al Contrato de encomienda de Organización

## DATOS DE LA EMPRESA

D/Dña....., con N.I.F....., en representación de la Empresa abajo reseñada, declara:

1. Que se adhiere al Contrato para la Organización de la Formación Profesional en el Empleo para las empresas, de fecha 24 de Marzo de 2015.
2. Que posee capacidad suficiente, válidamente en derecho, para representar la participación de la Empresa en la

RAZÓN SOCIAL .....

NOMBRE COMERCIAL .....

C.I.F..... Nº INSCRIPCIÓN SEG .....

DOMICILIO SOCIAL .....

LOCALIDAD..... C.P..... PROVINCIA .....

TELÉFONO 1..... TELÉFONO 2 ..... FAX .....

CORREO ELECTRÓNICO ..... WEB .....

CONTACTO ADMINISTRATIVO .....

P.Y.M.E.  NO P.Y.M.E.  EXISTE R.L.T?  CONST. 2015?  FECHA CONST. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2015/2016

TIPO DE EMPRESA: S.A./ S.A.L.  S.L./ S.L.L.  COOPERATIVA.  AUT. con Emp.  OTRAS

PLANTILLA MEDIA 2015 ..... Nº CENTROS DE TRABAJO ..... ESTA AL CORRIENTE CON S.S? .....

NUEVO CENTRO DE TRABAJO EN 2016? ..... Nº EMPLEADOS NUEVA CONTR. PARA NUEVO CENTRO .....

ACTIVIDAD .....

CONVENIO COLECTIVO ..... C.N.A.E. ....

## Datos del Representante Legal

CARGO:  ADM. ÚNICO  ADM. MANCOMUNADO  CONSEJERO/ DELEGADO  GERENTE

NOMBRE ..... APELLIDOS .....

NIF..... HA FORMALIZADO LA FICHA DE ADHESIÓN

## Datos del Contacto Asesoría

DPTO. CONTABILIDAD PROPIO/ ASESORÍA LABORAL EXTERNA .....

PERSONA DE CONTACTO .....

EMAIL .....

TELÉFONO ..... FAX .....

DIRECCIÓN ..... CIUDAD .....

Lugar y Fecha:

FIRMA ( Por el representante legal de la empresa adherida)

FIRMA ( Por el representante legal de la Entidad Externa)

# Ficha Datos del Trabajador

## DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE

APELLIDOS

N.I.F.

Nº SEGURIDAD SOCIAL

GRUPO. COT

FECHA NTO.

SEXO V \_\_ M \_\_ MINUSVALÍA. SI \_\_ NO \_\_

NIVEL DE ESTUDIOS

DOMICILIO

CIUDAD

C.P

PROVINCIA

TELÉFONO FIJO

TELÉFONO MÓVIL

CORREO ELECTRÓNICO

HORARIO DE TRABAJO

CATEGORÍA

Directivo \_\_

Mando Intermedio \_\_

Técnico \_\_

Trabajador cualificado \_\_

Trabajador no cualificado \_\_

PROFESIONAL AREA FUNCIONAL

Dirección

Administración \_\_

Comercial \_\_

Mantenimiento \_\_

Producción \_\_

Domicilio a efectos de notificaciones: la empresa

DOMICILIO

LOCALIDAD

C.P.

PROVINCIA

## DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN FORMATIVA

ACCIÓN FORMATIVA

DURACIÓN (HORAS)

MODALIDAD FORMATIVA

FECHA APROX. INICIO

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

En ..... a ..... de ..... de .....

En cumplimiento con la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y demás normativas de desarrollo, autoriza la utilización de los datos contenidos en este documento para el tratamiento informático en la gestión y Ejecución de Planes de Formación Continua, tanto por parte de la entidad organizadora como de la Fundación Tripartita para la Formación en el Empleo. Así como para el envío de información relacionada con nuestra actividad.