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 29 de Diciembre de 2017, regulado en el art 12 de la Ley 30/2015, de 9 de septiembre, por la que se regula el Sistema de Formación Profesional para el Empleo en el ámbito laboral y en el art 14.3 del RD 694/2017, de 3 de julio.

2. Que posee capacidad suficiente, válidamente en derecho, para representar la participación de la Empresa abajo reseñada:

RAZÓN SOCIAL

NOMBRE COMERCIAL

C.I.F..... Nº INSCRIPCIÓN SEG

DOMICILIO SOCIAL

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

TELÉFONO 1..... TELÉFONO 2

CORREO ELECTRÓNICO WEB

CONTACTO ADMINISTRATIVO

P.Y.M.E. NO P.Y.M.E. EXISTE RLT FECHA CONSTITUCIÓN (CUMPLIMENTAR SOLO SI ES 2017/ 2018

PL ANTILLA MEDIA 2017 Nº CENTROS DE TRABAJO ESTA AL CORRIENTE CON S.S?

NUEVO CENTRO DE TRABAJO EN 2018? 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 DE CONTACTO PARA LA APLICACIÓN DE LA BONIFICACIÓN

DPTO. CONTABILIDAD PROPIO/ ASESORÍA LABORAL EXTERNA

PERSONA DE CONTACTO

EMAIL

TELÉFONO

Lugar y Fecha:

FIRMA (Por el representante legal de la empresa adherida)

FIRMA (Por el representante legal de la Entidad Externa)

Inscripción 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

TELÉFONO FIJO

TELÉFONO MÓVIL

CORREO ELECTRÓNICO

HORARIO DE TRABAJO

CATEGORÍA

Directivo __

Mando Intermedio __

Técnico __

Trabajador cualificado __

Trabajador no cualificado __

Domicilio a efectos de notificaciones: la empresa

DOMICILIO

LOCALIDAD

C.P.

PROVINCIA

DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN FORMATIVA

CURSO

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 Estatal para la Formación en el Empleo. Así como para el envío de información relacionada con nuestra actividad.