AGENTE: _____

grupo2000 — Fundación Tripartita para la formación en el empleo — UNIÓN EUROPEA Fondo Social Europeo

Solicitud de curso (adhesión al convenio de agrupación de empresas)

DATOS DE LA EMPRESA

RAZÓN SOCIAL: | CIF/NIF:

DOMICILIO SOCIAL: | TELÉFONO:

C.P.: | POBLACIÓN: | PROVINCIA:

ACTIVIDAD PRINCIPAL DE LA EMPRESA: | PLANTILLA MEDIA AÑO ANTERIOR:

C.N.A.E.: | IMPORTE COTIZADO FORMACIÓN (AÑO ANTERIOR): | EMPRESA DE NUEVA CREACIÓN: (**AÑO ACTUAL O ANTERIOR**) SI NO

Nº DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE LA EMPRESA: | EXISTE REPRESENTANTE LEGAL TRABAJADORES: (CASO AFIRMATIVO RELLENE EL INFORME RTL) SI NO

ASESORÍA QUE TRAMITA LOS SEGUROS SOCIALES: | TELÉFONO ASESORÍA:

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA

NOMBRE / APELLIDOS: | DNI:

En representación legal de la empresa declara que conoce el convenio de Agrupación de empresas de fecha 24 de Octubre de 2006 subscrito entre la entidad organizadora **Centro de Formación Grupo 2000 RC, S.L.** CIF: B18488890 y la empresa agrupada **Consulting Inmobiliario Carrera S.L.** CIF: B18590448 que acepta las obligaciones y derechos que en dicho convenio se contienen y se adhiere al mismo desde la fecha de la firma del presente documento.

DATOS DEL PARTICIPANTE (Para trabajadores en régimen general de la seguridad social)

NOMBRE Y APELLIDOS: | DNI:

HORARIO LABORAL:

Nº DE LA SEGURIDAD SOCIAL DEL TRABAJADOR: | FECHA DE NACIMIENTO:

GRUPO COTIZACIÓN
MIRAR ENCABEZADO NÓMINA

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
☐ 7 ☐ 8 ☐ 9
☐ 10 ☐ 11

ÁREA FUNCIONAL

☐ Dirección
☐ Mantenimiento
☐ Administración
☐ Producción
☐ Comercial

CATEGORÍA

☐ Directivo
☐ Mando intermedio
☐ Técnico
☐ Cualificado
☐ No Cualificado

NIVEL ACADÉMICO

☐ Sin estudios
☐ Primarios o EGB
☐ FP, BUB, Bachillerato
☐ Diplomado
☐ Licenciado ☐ Otros

DATOS DEL CURSO

NOMBRE DEL CURSO: | MATERIAL: | Nº DE HORAS:

AUTORIZACIÓN DE PAGO

☐ 100% al inicio del curso
☐ 50% inicio 50% finalización
☐ _____

NÚMERO DE CUENTA DE LA EMPRESA:

El coste del curso será reembolsado al empresario en su totalidad a su finalización mediante bonificación de las cuotas de los seguros sociales, justificándolo con el recibo bancario que acredite el pago a Grupo 2000.

Por la empresa agrupada: Firma y sello

El Participante

Director Centro Grupo 2000:

En _____

a _____ de _____ de 200 ___

Fdo: Representante legal | Fdo: El trabajador | Fdo: Francisco Cortés Cano

NOTA: A efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 17/1999 del 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal y de su normativa de desarrollo, abajo firmante autoriza la utilización de datos personales contenidos en el presente documento y su tratamiento informático para la gestión de la solicitud a que se refiere el mismo y en su caso, para la ejecución del Plan Formativo, tanto por parte de la Entidad organizadora como de la Fundación estatal para la formación en el empleo y el INEM o cualesquiera otras organismos públicos de la administración estatal y personas relacionadas con dicho plan.