

AGENTE:



Fundación Tripartita  
PARA LA FORMACIÓN EN EL EMPLEO



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) Fecha de creación: \_\_\_\_\_  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 suscrito entre la entidad organizadora Centro de Formación Grupo 2000 RC, S.L. y la empresa agrupada Consulting Inmobiliario Carrera S.L. 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: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

Nº DE LA SEGURIDAD SOCIAL DEL TRABAJADOR: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

GRUPO COTIZACIÓN MIRAR ENCABEZADO NÓMINA	ÁREA FUNCIONAL	CATEGORÍA	NIVEL ACADÉMICO
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> Dirección <input type="checkbox"/> Mantenimiento <input type="checkbox"/> Administración <input type="checkbox"/> Producción <input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Directivo <input type="checkbox"/> Mando intermedio <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Cualificado <input type="checkbox"/> No Cualificado	<input type="checkbox"/> Sin estudios <input type="checkbox"/> Primarios o EGB <input type="checkbox"/> FP, BUB, Bachillerato <input type="checkbox"/> Diplomado <input type="checkbox"/> Licenciado <input type="checkbox"/> Otros

DATOS DEL CURSO

NOMBRE DEL CURSO: \_\_\_\_\_ Nº DE HORAS: \_\_\_\_\_

Para realizar estos cursos la empresa deberá cumplir sus obligaciones tributarias a la Seguridad Social. El trabajador deberá estar dado de alta en régimen general, y elegir un curso relacionado con la actividad de la empresa o el puesto desempeñado en ella (art. 12.2 del Real Decreto 395/2007 de 23 de Marzo).

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      Centro Grupo 2000: En \_\_\_\_\_

Fdo: Representante legal      Fdo: El trabajador      Fdo: Director del Centro      a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

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 otros organismos públicos de la administración estatal y personas relacionadas con dicho plan.