

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) SI NO
Fecha de creación: _____

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"/> Dirección | <input type="checkbox"/> Directivo | <input type="checkbox"/> Sin estudios |
| <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> Mantenimiento | <input type="checkbox"/> Mando intermedio | <input type="checkbox"/> Primarios o EGB |
| <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> Administración | <input type="checkbox"/> Técnico | <input type="checkbox"/> FP, BUB, Bachillerato |
| <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 | <input type="checkbox"/> Producción | <input type="checkbox"/> Cualificado | <input type="checkbox"/> Diplomado |
| | <input type="checkbox"/> Comercial | <input type="checkbox"/> No Cualificado | <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 _____

a ____ de ____ de 20 ____

Fdo: Representante legal

Fdo: El trabajador

Fdo: Director del Centro

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.