

ACCION DE FORMACIÓN CONTINUA EN LAS EMPRESAS

ENTIDAD ORGANIZADORA:

ABAC FORMACIÓ S.L.

Denominación del curso:

Fecha Inscrip.:

MODALIDAD: Presencial

Distancia

Online

DATOS DEL PARTICIPANTE

DATOS PERSONALES:

Nombre y apellidos:							
N.I.F.:		Fecha de nacimiento:		Sexo:	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> M	
Edad:	<input type="checkbox"/> < 25	<input type="checkbox"/> 25 - 45	<input type="checkbox"/> > 45				
Domicilio particular:							
C.P.:		Localidad:		Provincia:			
Telf. Part.:		e-mail:					
Móvil:		Nº Seguridad Social:					

DATOS ACADÉMICOS Y LABORALES:

Puesto de trabajo:		Grupo de cotización:				
Categoría (1)	<input type="checkbox"/> DI	<input type="checkbox"/> MI	<input type="checkbox"/> TE	<input type="checkbox"/> TC	<input type="checkbox"/> NC	
Área de trabajo (2)	<input type="checkbox"/> DI	<input type="checkbox"/> AD	<input type="checkbox"/> CO	<input type="checkbox"/> MN	<input type="checkbox"/> PR	
Discapacidad :	<input type="checkbox"/> SÍ		<input type="checkbox"/> NO			
Nivel de estudios	<input type="checkbox"/> Sin estudios	<input type="checkbox"/> Estudios Primarios	<input type="checkbox"/> Graduado Escolar.	<input type="checkbox"/> ESO	<input type="checkbox"/> FPI	
	<input type="checkbox"/> FPII/Ciclo G. Medio	<input type="checkbox"/> Ciclo Grado Superior	<input type="checkbox"/> BUP/COU/Bachill.	<input type="checkbox"/> Diplomatura	<input type="checkbox"/> Licenciatura	

(1) **DI:** Directivos, **MI:** Mandos Intermedios, **TE:** Técnicos, **TC:** Trabajadores Cualificados, **NC:** Trabajadores no cualificados

(2) **DI:** Dirección, **AD:** Administración, **CO:** Comercial, **MN:** Mantenimiento, **PR:** Producción

DATOS DE LA EMPRESA

DATOS DE LA EMPRESA:

Nombre:						PYME: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
C.I.F.:		Nº Seg. Social Emp.				
Sector:					Nº trabajadores:	
Dirección:						
C.P.:		Localidad:		Provincia:		
Teléfono:		Fax:		e-mail:		

El alumno se compromete a que va a completar el 75% de las horas que contenga la Acción Formativa o realizar el 75% de los cuestionarios de Evaluación. Asimismo y a los efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y demás normativa de desarrollo, autoriza la utilización de los Datos Personales contenidos en el presente documento y su tratamiento informático para la gestión de la solicitud a que se refiere el mismo.

El Trabajador

RLT (En caso de que exista)*

Fecha y firma:

Fecha y firma:

* Como RLT, declaro conocer la acción formativa, medios pedagógicos, criterios de selección, objetivos contenidos, nº de horas, fecha de inicio, fecha de fin y horas de impartición.

ENTIDAD ORGANIZADORA

Acción Formativa (Nº y Denominación)				Nº de Grupo	
Fecha Inicio:		Fecha final:		Horario:	
Nombre y Apellidos del Docente:					