

DATOS DE LA EMPRESA

Agente: _____

Razón social:		CIF/NIF:	
Representante legal de la empresarial (1):		NIF:	
Domicilio social:		Tel.:	C.P.:
Población:	Provincia:	Email:	
Convenio colectivo de la empresa:		Plantilla media (Año anterior)	<input type="text"/>
C.N.A.E.	Importe cotizado en formación (año anterior)	¿Es empresa de nueva creación? (Año actual o anterior)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Nº seguridad Social empresa	<input type="text"/>	Fecha de creación	<input type="text"/>
Asesoría que tramita los seguros sociales:		Nº de trabajadores (1er TC)	<input type="text"/>
		¿Existe representante legal de los trabajadores?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
		Teléfono asesoría:	

(1) COMO REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA ARRIBA INDICADA DECLARA:

Que está interesada en su adhesión al Contrato suscrito el 17/08/2018 entre European training partner SLU, como entidad externa, y las empresas Centro de Formación Vial Miravalle y otras, para la organización de formación programada al amparo 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. Que conoce y acepta las condiciones, obligaciones y derechos incluidos en dicho contrato, y se adhiere al mismo desde la fecha de la firma de este documento.

DATOS DEL ALUMNO

NOTA: El alumno/trabajador no podrá ser autónomo y deberá estar de alta en la empresa durante el curso

Nombre y apellidos:		DNI:	
Horario laboral:	<input type="text"/> : <input type="text"/> a <input type="text"/> : <input type="text"/> y <input type="text"/> : <input type="text"/> a <input type="text"/> :	L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	
Email:		Teléfono:	
Nº seguridad Social trabajador	<input type="text"/>	Fecha de nacimiento:	
Grupo de cotización (mirar encabezado nómina)	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"/> Directivo	<input type="checkbox"/> Menos que primaria	<input type="checkbox"/> FP grado superior y equivalentes
<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> Mando intermedio	<input type="checkbox"/> Educación primaria	<input type="checkbox"/> Diplomatura - Grados
	<input type="checkbox"/> Técnico	<input type="checkbox"/> ESO, EGB, Graduado Escolar, Certificados de profesionalidad nivel 1 y 2	<input type="checkbox"/> Licenciatura - Master
	<input type="checkbox"/> Cualificado	<input type="checkbox"/> Certificados de Profesionalidad nivel 3	<input type="checkbox"/> Doctorado
	<input type="checkbox"/> No cualificado		<input type="checkbox"/> Otras titulaciones
Discapacidad	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Afectados/víctimas de terrorismo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
		Afectados/víctimas de Violencia de género	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

DATOS DEL CURSO

Nombre del curso (2):	Horas:
Modalidad:	Cofinanciación privada (solo para empresas con más de 5 trabajadores) (3):
<input type="checkbox"/> Presencial	<input type="checkbox"/> Parte de formación en jornada laboral
	<input type="checkbox"/> Aportación económica
	Cuenta 640: <input type="text"/> Cuenta 642: <input type="text"/> Nº horas convenio año anterior: <input type="text"/>

(2) Para realizar el curso la empresa ha de estar al corriente de pago frente a Agencia Tributaria y Seguridad Social. La acción formativa elegida deberá ser presencial, estar regulada por ley y publicada en un Boletín oficial.
 (3) La empresa ha de participar en la financiación de la formación de sus trabajadores en un porcentaje mínimo establecido en función al tamaño de su plantilla.

FORMA DE PAGO

Domiciliación Bancaria

Número de cuenta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	E	S			
	IBAN		ENTIDAD	OFICINA	DC
	NÚMERO DE CUENTA				

Tipo de pago: Pago único Efectivo Transferencia bancaria

Mandato de adeudo directo SEPA: Mediante la firma de este documento, el representante legal de la empresa/deudor autoriza a European Training Partner SL/acreedor, a ordenar la domiciliación del importe de la formación contratada en la cuenta bancaria indicada por el deudor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones suscritos con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha del adeudo en cuenta.

En prueba de conformidad con los datos que se recogen, se acuerda con Professio la formalización de este contrato de matrícula.

En _____ a _____ de _____ de _____

Entidad externa

Empresa participante

Alumno/trabajador

Representante legal de los trabajadores

PROFESSIO, en cumplimiento del REGLAMENTO (UE) 2016/679 de protección de datos de carácter personal, le informa de que sus datos personales así como los datos relativos a su organización van a ser incorporados al fichero EMPRESAS de la empresa. La finalidad de éste es poder realizar una eficaz gestión de los servicios de formación prestados a nuestros clientes. Dichos datos personales no serán cedidos a ningún tipo de organización, ni pública ni privada, salvo a la Administración y Órganos de control competentes para su control y seguimiento conforme al Real Decreto 395/2007, de 23 de Marzo, por el que se regula el subsistema de formación profesional para el empleo. Los afectados podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición frente al Responsable del Fichero en la dirección siguiente: Historiador Domínguez Ortiz, 7. 1-B 14002 CORDOBA.