

D/Dña....., con N.I.F.....,
En representación de la Empresa abajo reseñada, declara:

1. Que se adhiere al Convenio de Agrupación de Empresas para la Gestión de Formación Continua, de fecha 1 de Junio de 2005 cuya entidad organizadora es Centro Europeo de Formación a Empresas, S.L. con CIF.B-84467240.
2. Que posee capacidad suficiente, válidamente en derecho, para representar la participación de la Empresa en la presente Agrupación.

DATOS DE LA EMPRESA

RAZÓN SOCIAL
NOMBRE COMERCIAL
C.I.F..... N° INSCRIPCIÓN SEG
DOMICILIO SOCIAL
LOCALIDAD..... C.P..... PROVINCIA
TELÉFONO 1..... TELÉFONO 2 FAX
CORREO ELECTRÓNICO WEB
CONTACTO ADMINISTRATIVO

P.Y.M.E. NO P.Y.M.E. EXISTE R.L.T? CONST. 2011-12? FECHA CONST. ____ / ____ / 2011-12
TIPO DE EMPRESA: S.A./ S.A.L. S.L./ S.L.L. COOPERATIVA. AUT. con Emp. OTRAS

PLANTILLA MEDIA 2011 N° CENTROS DE TRABAJO ESTA AL CORRIENTE CON S.S?
NUEVO CENTRO DE TRABAJO EN 2012? N° EMPLEADOS NUEVA CONTR. PARA NUEVO CENTRO
ACTIVIDAD
CONVENIO COLECTIVO C.N.A.E.

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

CARGO: ADM. ÚNICO ADM. MANCOMUNADO CONSEJERO/ DELEGADO GERENTE
NOMBRE APELLIDOS
N.I.F. HA FORMALIZADO EL ANEXO DE ADHESIÓN

DATOS DEL DPTO. CONTABILIDAD/ ASESORÍA LABORAL

DPTO. CONTABILIDAD PROPIO/ ASESORÍA LABORAL EXTERNA
PERSONA DE CONTACTO
EMAIL
TELÉFONO FAX
DIRECCIÓN CIUDAD

En a de de 2012

Por la empresa Agrupada

Por la Entidad organizadora



Fdo.

Fdo. María Berjón Arroyo

En cumplimiento con la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y demás normativas de desarrollo, autoriza la utilización de los datos contenidos en este documento para el tratamiento informático en la gestión y Ejecución de Planes de Formación Continua, tanto por parte de la entidad organizadora como de la Fundación Tripartita para la Formación en el Empleo. Así como para el envío de información relacionada con nuestra actividad.

DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN FORMATIVA

ACCIÓN FORMATIVA.....
DURACIÓN (HORAS)..... MODALIDAD FORMATIVA.....
FECHA APROX. INICIO.....

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBREAPELLIDOS
N.I.F. N° SEGURIDAD SOCIALGRUPO. COT.....
FECHA NTO. / / SEXO V __ M __ MINUSVALÍA. SI __ NO __
NIVEL DE ESTUDIOS.....
DOMICILIO.....
CIUDADC.P. PROVINCIA
TELÉFONO FIJOTELÉFONO MÓVIL
CORREO ELECTRÓNICO.....
HORARIO DE TRABAJO.....

CATEGORÍA
Directivo __
Mando Intermedio __
Técnico __
Trabajador cualificado __
Trabajador no cualificado __

Domicilio a efectos de notificaciones: la empresa

DOMICILIO
LOCALIDAD C.P. PROVINCIA

El abajo firmante, declara bajo su responsabilidad, ser ciertos todos los datos arriba reseñados.

En a de de

FIRMA DEL TRABAJADOR: _____

En cumplimiento con la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y demás normativas de desarrollo, autoriza la utilización de los datos contenidos en este documento para el tratamiento informático en la gestión y Ejecución de Planes de Formación Continua, tanto por parte de la entidad organizadora como de la Fundación Tripartita para la Formación en el Empleo. Así como para el envío de información relacionada con nuestra actividad y la interacción con el resto de compañeros de la Acción Formativa.