

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.