

Formulario - Adhesión al Contrato de encomienda de Organización

DATOS DE LA EMPRESA

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

1. Que se adhiere al Contrato para la Organización de la Formación Profesional en el Empleo para las empresas, firmado en fecha 24 de Marzo de 2015.
2. Que posee capacidad suficiente, válidamente en derecho, para representar la participación de la Empresa en la

RAZÓN SOCIAL

NOMBRE COMERCIAL

C.I.F..... Nº 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. 2015? FECHA CONST. ____ / ____ / 2015/2016

TIPO DE EMPRESA: S.A./ S.A.L. S.L./ S.L.L. COOPERATIVA. AUT. con Emp. OTRAS

PLANTILLA MEDIA 2015 Nº CENTROS DE TRABAJO ESTA AL CORRIENTE CON S.S?

NUEVO CENTRO DE TRABAJO EN 2016? Nº 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

NIF..... HA FORMALIZADO LA FICHA DE ADHESIÓN

CONTACTO ASESORÍA

DPTO. CONTABILIDAD PROPIO/ ASESORÍA LABORAL EXTERNA

PERSONA DE CONTACTO

EMAIL

TELÉFONO FAX

DIRECCIÓN CIUDAD

Lugar y Fecha:

FIRMA (Por el representante legal de la empresa adherida)

FIRMA (Por el representante legal de la Entidad Externa Organizadora)

Inscripción del Trabajador

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE

APELLIDOS

N.I.F.

Nº SEGURIDAD SOCIAL

GRUPO. COT

FECHA NTO.

SEXO V __ M __ MINUSVALÍA. SI __ NO __

NIVEL DE ESTUDIOS

DOMICILIO

CIUDAD

C.P

PROVINCIA

TELÉFONO FIJO

TELÉFONO MÓVIL

CORREO ELECTRÓNICO

HORARIO DE TRABAJO

CATEGORÍA

Directivo __

Mando Intermedio __

Técnico __

Trabajador cualificado __

Trabajador no cualificado __

PROFESIONAL AREA FUNCIONAL

Dirección

Administración __

Comercial __

Mantenimiento __

Producción __

Domicilio a efectos de notificaciones: la empresa

DOMICILIO

LOCALIDAD

C.P.

PROVINCIA

DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN FORMATIVA

ACCIÓN FORMATIVA

DURACIÓN (HORAS)

MODALIDAD FORMATIVA

FECHA APROX. INICIO

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

En a de de

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.