FORMACIÓN



**FEDERACIÓN**

**de Talleres de Reparación de Vehículos de A Coruña.**

Ficha de inscripción

DATOS DE LA ENTIDAD ORGANIZADORA

|  |  |
| --- | --- |
| ***CIF*** | G-70450267 |
| ***Razón social*** | Asociación de Empresarios del Taller de Reparación de Vehículos |

DATOS DE LA ACCIÓN FORMATIVA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Referencia*** | AF-004-19 | | |
| ***Denominación*** | PRL – Formación de Oficios Ferrolterra | | |
| ***Lugar*** | CIFP Ferrolterra. Rúa Ramon y Cajal s/n. 15403 Ferrol | | |
| ***Coste*** | 150 €+ iva para **ASOCIADOS** / 200 € + iva para **NO ASOCIADOS** | | |
| ***Fecha inicio*** | 24/04/2019 | ***Días impartición*** | 24, 25 de Abril y  2,8,9,15,16,22 Mayo |
| ***Fecha fin*** | 22/05/2019 |
| ***Formador*** | María Leivas | ***Modalidad*** | Presencial |
| ***Teléfono*** | 672 108 461 | ***Horario:*** | 19:30 – 22:00 |

DATOS DEL PARTICIPANTE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Apellidos y nombre*** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | |
| ***DNI*** | Introduzca el DNi | ***NISS*** | Número Seg. Social |
| ***Fecha nacimiento*** | Fecha nac. | ***Sexo*** | Elija un elemento. |
| ***Teléf. fijo*** | Teléfono fijo. | ***Teléf. móvil*** | Teléfono móvil |
| ***Discapacidad*** | Elija opción | ***E-mail*** | Escriba email |
| ***Área funcional*** | Elija un elemento. | ***Categoría prof.*** | Elija un elemento. |
| ***G. Cotización TGSS*** | Elija un elemento. | ***Nivel de estudios*** | Elija un elemento. |

DATOS DE LA EMPRESA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***CIF*** | Escriba aquí el CIF | | |
| ***Razón social*** | Escriba aquí la razón social. | | |
| ***Dirección*** | Escriba aquí la dirección | | |
| ***Código postal*** | CP. | ***Localidad*** | Localidad |
| ***Teléf. Fijo*** | Teléfono fijo. | ***E-mail*** | Escriba email |
| ***Convenio Principal*** |  | | |
| ***CNAE Principal*** |  | | |

DATOS DEL REPRESENTANTE DE LOS TRABAJADORES

|  |  |
| --- | --- |
| Apellidos y nombre | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Dni | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |

\*Como Representante Legal de los Trabajadores declaro conocer y aceptar la acción formativa, objetivos, colectivos destinatarios y número de participantes por acciones, calendario previsto de ejecución, medios pedagógicos, criterios de selección, lugar previsto de impartición, así como el balance de las acciones formativas desarrolladas en el ejercicio precedente

En Introducir Localidad., a miércoles, 27 de marzo de 2019

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Firma del trabajador | Sello de la empresa | Representante de los trabajadores |
|  |  |  |
| Poner nombre y apellidos |  | Poner nombre y apellidos |

\*Aportar copia de DNI y de nómina reciente