

**SOLICITUD DE ACCION FORMATIVA**

**DATOS DEL TRABAJADOR QUE RECIBE LA FORMACIÓN**

EMPRESA:			C.I.F.:		
NOMBRE:			APELLIDOS:		
N.I.F.:			VARÓN <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>	F. NACIMIENTO:	
Nº AFIL. A LA SEG. SOCIAL:			PUESTO:		
TELF. FIJO PARTICULAR			TLF. MÓVIL		
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRONICO (imprescindible):					
DOMICILIO PARTICULAR:					

ÁREA FUNCIONAL	<input type="checkbox"/> Dirección	CATEGORÍA PROFESIONAL	<input type="checkbox"/> Directivo
	<input type="checkbox"/> Administración		<input type="checkbox"/> Mando Intermedio
	<input type="checkbox"/> Comercial		<input type="checkbox"/> Técnico
	<input type="checkbox"/> Mantenimiento		<input type="checkbox"/> Trabajador Cualificado
	<input type="checkbox"/> Producción		<input type="checkbox"/> Trabajador no Cualificado
GRUPO DE COTIZACIÓN	<input type="checkbox"/> Ingenieros y Licenciados	<input type="checkbox"/> Auxiliares Administrativos	
	<input type="checkbox"/> Ingenieros técnicos, Peritos y Ayudantes titulados	<input type="checkbox"/> Oficiales de 1ª y 2ª	
	<input type="checkbox"/> Jefes administrativos y de taller	<input type="checkbox"/> Oficiales de 3ª y especialistas	
	<input type="checkbox"/> Ayudantes no titulados	<input type="checkbox"/> Trabajadores mayores de 18 años no cualificados	
	<input type="checkbox"/> Oficiales administrativos	<input type="checkbox"/> Trabajadores menores de 18 años	
	<input type="checkbox"/> Subalternos		
NIVEL DE ESTUDIOS	<input type="checkbox"/> Sin estudios.	¿Discapacitado? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Estudios Primarios, EGB o equivalente		
	<input type="checkbox"/> FPI, FPII, Bachillerato, BUP o equivalente		
	<input type="checkbox"/> Arquitecto Técnico o Ingeniero Técnico. Diplomado		
	<input type="checkbox"/> Arquitecto e Ingeniero Superior. Licenciado		
	<input type="checkbox"/> Otros. (Especificar).		

**CURSOS SOLICITADOS PARA IMPARTIR CONSULTORES Y ASESORES EN FORMACION S.L.**

Numero de cursos	NOMBRE CURSO	MODALIDAD*	€/H	DURACIÓN	TOTAL CURSO €
* Modalidad: Presencial, Distancia o Mixta				<b>TOTAL:</b>	

Mediante la firma del presente documento, la Empresa certifica que son ciertos todos los datos aportados en el mismo. Asimismo la Empresa firmante certifica que está al corriente en sus obligaciones con la Seguridad Social, y que en el momento de inicio de la formación, el trabajador está en alta en Régimen General.

**Tratamiento de datos:**

En cumplimiento de la LOPD se informa que los datos personales aportados en el presente se incluirán en el fichero de nombre "alumno", creado por FOSTER LANE S.L., y podrán comunicarse datos a terceros cuando vengan exigidos por la normativa aplicable y siempre que sean necesarios para la gestión, control, seguimiento y evaluación de las acciones formativas y las correspondientes bonificaciones. En caso de no aportarnos la información requerida se nos imposibilitará para desarrollar la Acción Formativa solicitada por el solicitante. El alumno puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a través de una comunicación escrita, incluyendo DNI, a la dirección de correo Residencial Ciudadasol Bloque 1 local bajo, 11406 Jerez de la Frontera, Cádiz, o a la dirección de e-mail [administracion@fosterlane.net](mailto:administracion@fosterlane.net)

Se solicita el consentimiento del firmante, a través del presente, para el tratamiento de los datos personales aportados, contando con un plazo de treinta días para manifestar su negativa al tratamiento, advirtiéndole que en caso de no pronunciarse se entenderán que consiente el tratamiento de los mismos.

FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA

Fdo. \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de

SI ES NECESARIO ESPECIFICAR ALGUNA OBSERVACIÓN, POR FAVOR INDIQUELO AL DORSO