

SOLICITUD DE FORMACIÓN

DATOS DE LA EMPRESA AGRUPADA

ASESORÍA DE LA EMPRESA: _____
 CIF: _____ RAZÓN SOCIAL: _____
 DIRECCIÓN: _____
 LOCALIDAD: _____ CP: _____ PROVINCIA: _____

DATOS DEL CURSO

DENOMINACIÓN: _____ HORAS: _____

DATOS DEL TRABAJADOR/A QUE REALIZA EL CURSO

NOMBRE Y APELLIDOS: _____
 NIF: _____ Nº SEGURIDAD SOCIAL: _____ FECHA NACIMIENTO: _____
 DOMICILIO: _____
 MUNICIPIO: _____ CP: _____ PROVINCIA: _____
 TLF CONTACTO: _____ EMAIL: _____
 CÓDIGO CTA. COTIZACIÓN EMPRESA PARA ESTE TRABAJADOR: _____ DISCAPACIDAD: SI NO

CATEGORIA PROFESIONAL

- Directivo
- Mando Intermedio
- Técnico
- Trabajador Cualificado
- Trabajador no Cualificado

ÁREA FUNCIONAL

- Dirección
- Administración
- Comercial
- Mantenimiento
- Producción

COLECTIVO

- Régimen general
- Fijo Discontinuo
- Autónomo
- Régimen Agrario
- Otros:

GRUPO DE COTIZACIÓN

- 1. Ingenieros y Licenciados
- 2. Ingenieros técnicos, Perito y Ayudantes titulados
- 3. Jefes administrativos y de taller
- 4. Ayudantes no titulados
- 5. Oficiales administrativos
- 6. Subalternos
- 7. Auxiliares administrativos
- 8. Oficiales de primera y segunda
- 9. Oficiales de tercera y especialistas
- 10. Trabajadores mayores de 18 años no cualificados
- 11. Trabajadores menores de 18 años

NIVEL DE ESTUDIOS

- Sin estudios
- Estudios primarios, EGB o equivalente
- FP I o Enseñanza Técnico profesional, Bachillerato Superior, BUP y equivalente, FP II o equivalente
- Arquitecto Técnico o Ingeniero Técnico, Diplomado de otras escuelas universitarias y equivalente.
- Arquitecto e Ingeniero Superior o Licenciado
- Otros

SOLICITUD DE FORMACION

Don/Doña: _____ con NIF _____, como Representante Legal de la empresa arriba indicada, certifico que todos los datos anteriores son ciertos y solicito que se realice la formación descrita, bonificándose, en caso de disponer de crédito, en la cotización a la Seguridad Social. Asimismo, autorizo a la Entidad Organizadora a practicar la cofinanciación privada correspondiente y a que se domicilie el coste de la formación en la siguiente cuenta bancaria.
Importe _____ €. **Forma de Pago** _____

ENTIDAD	SUCURSAL	D.C.	Nº CUENTA

En _____ a _____ de _____ de 20_____

Conforme Participante

Conforme Empresa

NEWTIC FORMACIÓN, S.L.