

# FICHA DE INSCRIPCIÓN

ENTIDAD EXTERNA: **SOLFORMA PYMES S.L**

Nº DE EXPEDIENTE: **B162767AA**

DENOMINACIÓN DEL CURSO: \_\_\_\_\_

Nº ACCIÓN FORMATIVA \_\_\_\_\_ Nº GRUPO \_\_\_\_\_ FECHA DE INICIO \_\_\_\_\_ FECHA DE FIN \_\_\_\_\_

## DATOS DEL TRABAJADOR/PARTICIPANTE

**IMPORTANTE: Recuerde que todos los campos son obligatorios.**

NIF: \_\_\_\_\_ NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

Nº AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL: \_\_\_\_\_ FECHA NACIMIENTO \_\_\_\_\_ SEXO (V/M) \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

PROVINCIA: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_ MÓVIL \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ H. LABORAL: \_\_\_\_\_ DISCAPACIDAD:  SÍ  NO

AFECTADOS/VICTIMAS TERRORISMO:  SÍ  NO AFECTADOS/VICTIMAS VIOLENCIA DE GÉNERO:  SÍ  NO

## ESTUDIOS

- SIN ESTUDIOS  ESTUDIOS PRIMARIOS  GRADUADO ESCOLAR  ESO  FPI  
 FPII  BUP/COU BACHILLERATO  DIPLOMATURA  LICENCIATURA

## ÁREA FUNCIONAL

- DIRECCIÓN  ADMINISTRACIÓN  COMERCIAL  MANTENIMIENTO  
 PRODUCCIÓN

## CATEGORÍA PROFESIONAL

- DIRECTIVO  MANDO INTERMEDIO  TÉCNICO  TRAB. CUALIFICADO  
 TRABAJADOR NO CUALIFICADO

CÓDIGO GRUPO DE COTIZACIÓN <sup>(1)</sup>: \_\_\_\_\_ DESCRIPCIÓN: \_\_\_\_\_

## ENTIDAD DONDE TRABAJA ACTUALMENTE

RAZÓN SOCIAL: \_\_\_\_\_

Nº. DE INSCRIPCIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL: \_\_\_\_\_ C.I.F.: \_\_\_\_\_

DOMICILIO DEL CENTRO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

**El alumno se compromete a que va a completar el 75% de las horas totales que contenga la Acción Formativa o realizar el 75% de los cuestionarios de Evaluación.**

<sup>(1)</sup> (01) Ingenieros, Licenciados y Personal de Alta Dirección. (02) Ingenieros Técnicos, Peritos y Ayudantes Titulados. (03) Jefes Administrativos y de Taller. (04) Ayudantes No Titulados. (05) Oficiales Administrativos. (06) Subalternos. (07) Auxiliares Administrativos. (08) Oficiales de 1ª y 2ª. (09) Oficiales de 3ª y Especialistas. (10) Peones. (11) Trabajadores Menores de 18 años.

EL TRABAJADOR:

Representante Legal de los trabajadores\* (Si Procede)

FDO.: \_\_\_\_\_  
(NOMBRE Y APELLIDOS)

FDO.: \_\_\_\_\_  
(NOMBRE Y APELLIDOS)

FECHA: \_\_\_\_\_

\* 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.