Clave:
Asesor/a:

SOLICITUD DE CURSO/S DE FORMACIÓN CONTINUA

DATOS DEL TRABAJADOR/A PARTICIPANTE

N.I.F.:_____ Nº Seguridad Social:_____Fecha de nacimiento: ____ /____ /_____

1er. Apellido:_____ 2º Apellido: _____Nombre: _____

Domicilio: _____ Nº _____ Piso: _____C.P.: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ Tlfno. Fijo: _____Tlfno. Móvil: _____ Horario Laboral: _____

Email: _____ *Sexo*: ☐ H ☐ M *Discapacidad:* ☐ SI ☐ NO *Tipo de Contrato:* ☐ Indefinido ☐ Temporal

NIVEL ACADÉMICO:

☐ Estudios Primarios ☐ Graduado Escolar
☐ ESO ☐ F.P. ☐ B.U.P./C.O.U.
☐ Diplomatura ☐ Licenciatura

ÁREA FUNCIONAL:

☐ (DI) Dirección ☐ (AD) Administración
☐ (CO) Comercial ☐ (MN) Mantenimiento
☐ (PR) Producción

CATEGORÍA PROFESIONAL:

☐ (DI) Directivo ☐ (MI) Mando Intermedio
☐ (TE) Técnico ☐ (TC) Trabajador Cualificado
☐ (NC) Trabajador baja Cualificación

Descripción Categoría: _____ ***Grupo de Cotización a la Seguridad Social:*** _____

(01)Ingenieros y Licenciados (02)Ingenieros Técnicos, Peritos, 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

SOLICITUD DE FORMACIÓN

DENOMINACIÓN DEL/OS CURSO/S SOLICITADO/S	Nº HORAS	PRECIO (exento de IVA)
Para calcular el precio de su/s curso/s, multiplique el nº de horas x 5€ (módulo máximo económico 5,50 €)	SUMA TOTAL	

Don/Doña:_____, con NIF: _____ como *Representante Legal de la Empresa Agrupada* que se indica a continuación, certifica que todos los datos de esta solicitud son ciertos, solicita que se realice la formación descrita, bonificándome, en caso de disponer de crédito, en los boletines de cotización a la seguridad social del mes de finalización del curso. Asimismo, AUTORIZO a *Kendra Centro Profesional, S.L.* en ese mismo momento, al cobro de la factura correspondiente por el coste de la impartición de esta acción formativa, mediante el giro de recibo domiciliado en la siguiente cuenta bancaria, según lo establecido por la Ley de servicios de Pago 16/2009:

ENTIDAD	SUCURSAL	D. C.	NÚMERO DE CUENTA

DATOS DE LA EMPRESA AGRUPADA

C.I.F./N.I.F.:_____ Razón Social: _____

Datos del Representante Sindical de los Trabajadores (En caso de que exista)

N.I.F.: _____ Apellidos y Nombre: _____

Para ayudarle en la gestión de su acción formativa rogamos nos indiquen:

Nombre de la asesoría o graduado social: ..... Teléfono: .....

Persona de contacto: .....Fax: .....

En _____a _____ de _____de 201_

Firma del Trabajador/a	Firma y sello de la Empresa

Según lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter personal y demás normativa de desarrollo, el arriba firmante autoriza a KENDRA CENTRO PROFESIONAL, S.L. a utilizar los datos aquí contenidos a efectos de Seguimiento, Control y Evaluación de la formación recibida, así como a comunicarles información de los servicios prestado por esta Entidad. Pudiendo ejercitar en cualquier momento sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de sus datos de acuerdo con la legislación vigente, a través del email: direccion@kendra.es y/o enviando un escrito al Responsable del Fichero: KENDRA CENTRO PROFESIONAL, S.L., con domicilio en Ronda del Pilar, 5 – 06002 Badajoz.