

DATOS PARA LA TRAMITACIÓN DE LA ACCION FORMATIVA

Para comenzar los trámites de gestión de la acción formativa solicitada por parte de su empresa en materia de formación a trabajadores a través de la Fundación Tripartita para el empleo, necesitamos nos faciliten los datos que a continuación se detallan:

DATOS DE LA EMPRESA

CIF EMPRESA:

CUENTA DE COTIZACION PRINCIPAL:

RAZÓN SOCIAL:

CONVENIO DE REFERENCIA:

CODIGO DE ACTIVIDAD PRINCIPAL:

DESCRIPCION DEL CNAE:

PYME: SI NO

EXISTE REPRESENTACION LEGAL DE LOS TRABAJADORES: SI NO

LA EMPRESA ES DE NUEVA CREACIÓN: SI NO

PLANTILLA MEDIA AÑO 2008:

DOMICIO SOCIAL DE LA EMPRESA:

CÓDIGO POSTAL:

TELEFONO:

CORREO ELECTRONICO DE PERSONA DE CONTACTO DE LA EMPRESA:

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

NIF:

NOMBRE:

APELLIDOS:

OBSERVACIONES:

*Cuando la empresa se haya visto afectada durante el año 2006 ó 2007 por un proceso de fusión, escisión o transformación societaria deberá acreditar documentalmente ante la Fundación dicha circunstancia. En el caso de la existencia de subrogación de trabajadores, deberá acreditar documentalmente el número de trabajadores afectados.

La información aquí recogida está sometida a la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), los datos suministrados por el Usuario quedarán incorporados en un fichero automatizado, el cual será procesado exclusivamente para la finalidad descrita. Estos se recogerán a través de los formularios correspondientes, los cuales solo contendrán los campos imprescindibles para poder prestar el servicio requerido por el Usuario. La LOPD transpone la Directiva 95/46/CE al ordenamiento jurídico español y a las normas de aplicación, por lo que el interesado podrá conocer, rectificar y cancelar los datos allí incluidos en cualquier momento, previa petición por escrito.

DATOS DEL TRABAJADOR/ES

NIF:

Nombre:

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

NISS (Nº afiliación a la SS del trabajador):

CIF Empresa

Cta. Cotiz. asociada al Centro de trabajo:

Fecha Nacimiento:

Sexo:

Discapacidad: SI NO

Categoría Profesional:

Grupo de Cotización TGSS:

Nivel de Estudios:

Correo electrónico:

Curso que se solicita:

La información aquí recogida está sometida a la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), los datos suministrados por el Usuario quedarán incorporados en un fichero automatizado, el cual será procesado exclusivamente para la finalidad descrita. Estos se recogerán a través de los formularios correspondientes, los cuales solo contendrán los campos imprescindibles para poder prestar el servicio requerido por el Usuario. La LOPD transpone la Directiva 95/46/CE al ordenamiento jurídico español y a las normas de aplicación, por lo que el interesado podrá conocer, rectificar y cancelar los datos allí incluidos en cualquier momento, previa petición por escrito.

NIF:

Nombre:

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

NISS (Nº afiliación a la SS del trabajador):

CIF Empresa

Cta.Cotiz. asociada al Centro de trabajo:

Fecha Nacimiento:

Sexo:

Discapacidad: SI NO

Categoría Profesional:

Grupo de Cotización TGSS:

Nivel de Estudios:

Correo electrónico:

Curso que se solicita: