



## Ficha de Inscripción Alumno

Nº de registro

Nº de agrupación: \_\_\_\_\_  
Denominación de curso: \_\_\_\_\_  
Fecha de Inscripción: \_\_\_\_\_

### Datos del Trabajador Participante:

NIF: \_\_\_\_\_ Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_  
Nº afiliación Seguridad Social: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
C.P. \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_ Discapacidad:  Si  No

### Estudios: (marcar con una x la casilla correspondiente)

- Sin estudios     Estudios Primarios     Graduado     Eso     FPI  
 BUP/COU     Bachillerato     Diplomatura     Licenciatura     FPII

### Área Funcional: (marcar con una x la casilla correspondiente)

- Dirección     Administración     Comercial     Mantenimiento     Producción

### Categoría Profesional: (marcar con una x la casilla correspondiente)

- Directivo     Mando Intermedio     Técnico     Trabajador cualificado     Trabajador no cualificado

### Grupo de Cotización: (marcar con una x la casilla correspondiente)

1. Ingenieros y Licenciados     2. Ingenieros Técnicos, Peritos 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

### Entidad donde trabaja actualmente:

Razón Social: \_\_\_\_\_  
Nº de inscripción a la Seguridad Social: \_\_\_\_\_ CIF: \_\_\_\_\_  
Domicilio Centro de Trabajo: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
CCC: Entidad \_\_\_\_\_ Oficina \_\_\_\_\_ D.C. \_\_\_\_\_ Nº Cuenta \_\_\_\_\_

El alumno se compromete a completar las horas totales que contenga la acción formativa o realizar el 75% de los cuestionarios de evaluación. Asimismo, y a los efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de carácter personal y demás normativas de desarrollo, autoriza la utilización de los datos personales contenidos en el presente documento y su tratamiento informático para la gestión de la solicitud a que se refiere el mismo.

Firma trabajador

Firma R.L.T. (en caso de que exista)

### A cumplimentar por la entidad organizadora:

Acción Formativa (nº y denominación): \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_  
Fecha de Inicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de Fin: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_  
Nombre y apellidos del docente: \_\_\_\_\_