

Nº de Orden

Documento de adhesión al Contrato de encomienda de organización de la formación suscrito entre empresas al amparo del Real Decreto-ley 4/2015, de 22 de marzo, para la reforma urgente del Sistema de Formación Profesional para el Empleo en el ámbito laboral, suscrito entre Servicios Empresariales y otras.

D/Dña  con NIF

como representante legal de la empresa

con CIF  Domiciliada en

(Calle, municipio, provincia), circunstancia que se acredita mediante escritura   
(lo que corresponda).

### DECLARA

que la empresa  está interesada en su adhesión al contrato suscrito entre GRUPO ACTUALIZA como entidad externa y las empresas que en él se relacionan, para la organización de la formación programada en dichas empresas al amparo del Real Decreto-ley 4/2015, de 22 de marzo, para la reforma urgente del Sistema de Formación Profesional para el Empleo en el ámbito laboral. Que conoce el contenido de las condiciones y obligaciones incluidas en el referido contrato. Que por el presente documento acepta las obligaciones y derechos que en dicho contrato se contienen y se adhiere al mismo desde la fecha de su firma, momento en el que empezará a surgir sus efectos.

LUGAR Y FECHA

Marta Carrasco Morales

Representante legal de la empresa



Si desean que gestionemos directamente la bonificación con su gestoría rellene los siguientes campos:

Gestoría  persona de contacto

teléfono  email

# FICHA DE INSCRIPCIÓN (Formación continua)



## DATOS DE LA EMPRESA

Razón Social  CIF   
Actividad  Nº Código de Cuenta de Cotización   
Domicilio (Centro de Trabajo)  Localidad  Provincia   
Código Postal  Tlf/Fax  Persona de contacto   
Correo electrónico

## INFORME DE LA REPRESENTACIÓN LEGAL DE LOS TRABAJADORES

¿Existe RLT en la empresa? Si/No  (En caso afirmativo, rellenar informe anexo)

## DATOS DEL TRABAJADOR QUE REALIZA EL CURSO

Apellidos  Nombre  DNI   
Sexo: V/M  Fecha de nacimiento  Nº Seg. Social   
Grupo cotización (mirar encabezamiento de la nómina)  Discapacidad: SI/NO

Domicilio  Localidad  Provincia   
Teléfono  Correo electrónico

**Categoría profesional:** Directivo  Mando Intermedio  Técnico  Tjo. Cualificado  Tjo. No cualificado

**Estudios:** Primaria  Secundaria  Bachillerato  FP.1  FPGdo. Sup  Diplom.  Licenciatura

**Horario laboral:**  **Horario del Curso:** Laboral  No Laboral  Mixto

**Curso:**  **Fecha Curso:**

**Modalidad:**  Presencial  Online  Mixta

**Precio del curso:**  **Nº de horas:**  **Fecha de solicitud:**

## SOLICITUD DE INFORMACIÓN

D/D<sup>a</sup>  con NIF  como Representante Legal de la empresa arriba indicada, certifico que todos los datos anteriores son ciertos, y solicito que la formación antes descrita se realice, bonificándome, en caso de disponer de crédito, en la cotización a la Seguridad Social, autorizando a que se domicilie el coste de la formación en la siguiente cuenta bancaria, asimismo, autorizo a la Entidad Organizadora a practicar la cofinanciación privada correspondiente ante la Fundación Tripartita.

## FORMA DE PAGO

Domiciliación bancaria / CC-IBAN

Fdo: D/Dña  (Sello y firma)

Enviar por mail a:



**APELLIDOS Y NOMBRE**

**DNI**

**SEXO**

Mujer

Hombre

**FECHA  
NACIMIENTO**

**NUMERO SEGURIDAD SOCIAL**

**GRUPO  
COTIZACION**

**DISCAP.**

SI

NO

TELEFONO

Correo electrónico

ESTUDIOS

---

**APELLIDOS Y NOMBRE**

**DNI**

**SEXO**

Mujer

Hombre

**FECHA  
NACIMIENTO**

**NUMERO SEGURIDAD SOCIAL**

**GRUPO  
COTIZACION**

**DISCAP.**

SI

NO

TELEFONO

Correo electrónico

ESTUDIOS

---

**APELLIDOS Y NOMBRE**

**DNI**

**SEXO**

Mujer

Hombre

**FECHA  
NACIMIENTO**

**NUMERO SEGURIDAD SOCIAL**

**GRUPO  
COTIZACION**

**DISCAP.**

SI

NO

TELEFONO

Correo electrónico

ESTUDIOS

## INFORME DE LA REPRESENTACIÓN LEGAL DE LOS TRABAJADORES

D/Dña \_\_\_\_\_, con NIF \_\_\_\_\_  
como RLT en la empresa \_\_\_\_\_, con  
CIF \_\_\_\_\_, certifico que he recibido información <sup>(1)</sup> relativa a la formación del  
trabajador cuya ficha de inscripción se adjunta, y emito **informe favorable** para que se  
lleve a término dicha formación.

(1) Denominación, descripción y objetivos de las Acciones Formativas, destinatarios y nº de participantes,  
calendario de ejecución y lugar de impartición, medios pedagógicos, criterios de selección de los  
participantes y balance de la formación desarrollada en el ejercicio precedente.

Por todo ello, firmo el presente en \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo D/ D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_

Cargo Sindical: \_\_\_\_\_

(Presidente, Secret. Del Comité de Empresa, Delegado de Personal..)

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, se informa al interesado que los datos de carácter personal que voluntariamente facilita, se incorporarán a un fichero autorizado propiedad y responsabilidad de SERVICIOS EMPRESARIALES - CARRASCO MORALES MARTA. Al remitir el interesado sus datos, expresamente autoriza la utilización de los mismos y su tratamiento informático para la gestión a que se refiere el presente documento, y en su caso, para la ejecución del Plan Formativo tanto por parte de la Entidad Organizadora, como de la FUNDACIÓN ESTATAL PARA LA FORMACIÓN EN EL EMPLEO, así como para realizar comunicaciones periódicas, incluyendo las que se realizan vía correo electrónico, que nuestra empresa llevará a cabo para informar de la actividades que desarrolla por sí o a través de sus empresas colaboradoras. Le informamos de sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de estos datos mediante carta dirigida a " SERVICIOS EMPRESARIALES - CARRASCO MORALES MARTA. Avenida Pablo Garnica, 39 local 2 45662 Alcaudete de la Jara (Toledo)

**FICHA DE INSCRIPCIÓN  
(Formación continua)**



**DATOS DEL ALUMNO QUE REALIZA EL CURSO**

Apellidos y nombre  DNI

Telefono  Correo electrónico

Curso:

Modalidad:  Presencial  Online  Mixta

Precio del curso:  Nº de horas:  Fecha de solicitud:

**FORMA DE PAGO**

Domiciliación bancaria / CC-IBAN

El cargo se hará efectivo una vez que reciba las claves de acceso a la formación.

**Fdo:** D/Dña  (Sello y firma)

**Enviar por mail a:**



## I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

Nombre: \_\_\_\_\_ CIF: \_\_\_\_\_

Nº de Centros:

Un Centro de trabajo. Ubicación \_\_\_\_\_

Más de un Centro de trabajo

Ubicados en la misma Comunidad Autónoma (especificar): \_\_\_\_\_

Ubicados en más de una Comunidad Autónoma (especificar): \_\_\_\_\_

## II. MANIFESTACIONES DE LA REPRESENTACIÓN LEGAL DE LOS TRABAJADORES

o si ésta no existiera DEL TRABAJADOR/ES AFECTADO/S POR LA DISCONFORMIDAD

- Indicación de las discrepancias surgidas a partir de la información aportada por la empresa en cumplimiento del artículo 15 del Real Decreto 395/2007:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Se aporta documentación adicional al Acta:

No  Si (identificar documentos): \_\_\_\_\_

## III. MANIFESTACIONES DE LA EMPRESA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Se aporta documentación adicional al Acta:

No  Si (identificar documentos): \_\_\_\_\_

Por medio de la presente acta se interesa la mediación de la Comisión Paritaria Competente, de conformidad con el artículo 15, del Real Decreto 395/2007, de 23 de marzo, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, por el que se regula el subsistema de formación profesional para el empleo, y demás normativa vigente que regula la financiación de las acciones formativas de las empresas y los permisos individuales de formación, en desarrollo del referido Real Decreto.

Por la Empresa

Nombre: \_\_\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Por la RLT o Trabajador/es afectado/s

(tachar lo que no proceda)

Nombre: \_\_\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Domicilio de contacto: \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_