

FICHA DE INSCRIPCIÓN PARTICIPANTE

VEINTE 20 FORMACIÓN EN OPTOMETRÍA

ENTIDAD ORGANIZADORA: VEINTE 20 FORMACIÓN EN OPTOMETRÍA

DENOMINACIÓN DEL CURSO: _____

Nº ACCIÓN FORMATIVA: _____ Nº GRUPO _____

FECHA DE INICIO: _____ FECHA DE FIN: _____ HORAS TORALES _____

DATOS DEL TRABAJADOR / PARTICIPANTE:

APELLIDOS Y NOMBRE: _____

NIF: _____ Nº AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: (H/M) _____ TELÉFONO: _____

DIRECCIÓN: _____

C.P. : _____ LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____

E-MAIL: _____

DISCAPACIDAD (SI/NO): _____ AFECTADOS VÍCTIMAS TERRORISMO (SI/NO): _____

AFECTADOS VÍCTIMAS DE GÉNERO (SI/NO): _____

ESTUDIOS:

- SIN ESTUDIOS
- ESTUDIOS PRIMARIOS
- GRADUADO ESCOLAR
- E.S.O.
- F.P. II
- BUP/COU BACHILLERATO
- DIPLOMATURA
- LICENCIATURA
- GRADO

ÁREA FUNCIONAL:

- DIRECCIÓN
- ADMINISTRACIÓN
- COMERCIAL
- MANTENIMIENTO
- PRODUCCIÓN

CATEGORÍA PROFESIONAL:

CATEGORÍA:

- DIRECTIVO
- MANDO INTERMEDIO
- TÉCNICO
- TRABAJADOR CUALIFICADO
- TRABAJADOR NO CUALIFICADO

GRUPO DE COTIZACIÓN: _____
(Cumplimentar obligatoriamente, ver nómina)

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. 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 normativa 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.

⁽¹⁾ (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.