

N.I.F.: -----	Nº Afiliación a la Seguridad Social del Trabajador/a: (12 dígitos de la tarjeta sanitaria) -----/-----	Sexo:
------------------	--	-------

1er. Apellido:	2º Apellido:	Nombre:
----------------	--------------	---------

Fecha de Nacimiento:	<input type="checkbox"/> Menor 30 años <input type="checkbox"/> De 30 a 45 años <input type="checkbox"/> Más de 45 años	Estudios:	<input type="checkbox"/> Sin estudios <input type="checkbox"/> Estudios primarios <input type="checkbox"/> Graduado escolar	<input type="checkbox"/> ESO <input type="checkbox"/> FP I <input type="checkbox"/> FP II	<input type="checkbox"/> BUP/COU/Bachillerato <input type="checkbox"/> Diplomatura <input type="checkbox"/> Licenciatura
----------------------	---	-----------	---	---	--

Dirección:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> no
------------	--

Localidad:	Código Postal:	Teléfono Contacto	Teléfono Contacto 2
------------	----------------	-------------------	---------------------

Nombre de la Empresa:	C.I.F. Empresa: -----
-----------------------	--------------------------

Sector/Convenio:	<input type="checkbox"/> Pyme <input type="checkbox"/> No Pyme
------------------	--

Domicilio Centro de Trabajo:	Localidad del Centro de Trabajo:
------------------------------	----------------------------------

Código Postal:	Teléfono	Seguridad Social Centro de Trabajo (11 o 12 dígitos) -----/-----
----------------	----------	---

Área Funcional	<input type="checkbox"/> Dirección <input type="checkbox"/> Administración <input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Mantenimiento <input type="checkbox"/> Producción	Categoría Profesional:	<input type="checkbox"/> Mando Intermedio <input type="checkbox"/> Trab. Cualificado <input type="checkbox"/> Trab. NO Cualificado
----------------	---	---	------------------------	--

Colectivo de Cotización	<input type="checkbox"/> Régimen General de la S.S., excepto trabaj. a tiempo parcial (fijos discount.) y trabaj. en situación de regulación de empleo en periodos de no ocupación. <input type="checkbox"/> Régimen General de la S.S. A tiempo parcial (fijos discontinuos) en periodos de no ocupación. <input type="checkbox"/> Régimen General de la S.S. En situación de regulación de empleo en periodos de no ocupación. <input type="checkbox"/> Funcionarios y otros trabajadores de Admon. Públicas no afiliados al Régimen General <input type="checkbox"/> Régimen Especial de Autónomos <input type="checkbox"/> Régimen especial Agrario <input type="checkbox"/> Trabajadores que acceden al desempleo durante el periodo formativo <input type="checkbox"/> Trabajadores con relaciones laborales de carácter especial que se recogen en el art. 2 del Estatuto de los Trabajadores <input type="checkbox"/> Trabajadores con convenio especial con la Seguridad Social <input type="checkbox"/> Empleada/o de hogar.
-------------------------	---

Especialidades Solicitadas

¿Cuál es tu horario de Trabajo?
¿En qué horario prefieres hacer el curso?

Fecha de Recepción:

Firma:

Fotocopias a adjuntar a esta ficha: D.N.I. + TARJETA AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL + CABECERA ÚLTIMA NÓMINA

IMPORTANTE: Esta ficha no supone la inclusión automática en el curso solicitado, sino la incorporación a una base de datos a partir de la cual se constituirán los grupos-clase.
El aviso para, en su caso, comenzar el curso se realizará normalmente mediante llamada telefónica.

El firmante, a 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 preinscripción a que se refiere el mismo.

Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y en su caso oposición, enviando una solicitud por escrito acompañada de la fotocopia del DNI indicando "PROTECCIÓN DE DATOS" al domicilio de ForemcyL en la calle Verbena Nº 8 Bajo, Esq. Travesía Verbena, 47005. Valladolid.