

FICHA DE INSCRIPCIÓN DEL PARTICIPANTE

ENTIDAD ORGANIZADORA: ITM CONSULTING, S.L.

DENOMINACIÓN DEL CURSO: _____

HORAS TOTALES: _____ FECHA INICIO PREVISTA: _____

DATOS DEL TRABAJADOR / PARTICIPANTE:

Apellidos y Nombre: _____

Dirección _____ Localidad _____ CP _____

Tfno.: _____ Móvil: _____ Correo Electrónico: _____

NIF: _____ N° de afiliación a la Seguridad Social: ____/____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo _____ Discapacidad: SI NO

ESTUDIOS

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sin estudios | <input type="checkbox"/> FPII / Ciclo Grado Medio |
| <input type="checkbox"/> Estudios Primarios | <input type="checkbox"/> Ciclo Grado Superior |
| <input type="checkbox"/> Graduado Escolar | <input type="checkbox"/> BUP/COU Bachillerato |
| <input type="checkbox"/> ESO | <input type="checkbox"/> Diplomatura |
| <input type="checkbox"/> FPII | <input type="checkbox"/> Licenciatura / Ingeniería |

ÁREA FUNCIONAL

- Dirección
- Administración
- Comercial
- Mantenimiento
- Producción

CATEGORÍA PROFESIONAL

- Directivo
- Mando Intermedio
- Técnico
- Trabajador Cualificado
- Trabajador No Cualificado

Colectivos (1) (Consignar Código): _____

A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN. ENTIDAD DONDE TRABAJA ACTUALMENTE

Razón Social: _____ CIF: _____

Dirección _____ Localidad _____ CP _____

Responsable de Formación en la Empresa: _____

Tfno.: _____ Correo Electrónico: _____

En a de de

Firmado (representante de la empresa):

(1) Código de cotización en el Régimen General