

Datos del Alumno

Nombre			Apellidos		
Fecha de nacimiento		NIF		Discapacidad: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Dirección (completa)					
Nº afiliación a la Seguridad Social					
Teléfono móvil		E-mail			
Nº de horas anuales trabajadas			Salario bruto anual		
Puesto que desempeña en la empresa					

Elija una opción en cada columna y señale donde corresponda

NIVEL DE ESTUDIOS		ÁREA FUNCIONAL		CATEGORÍA PROFESIONAL	
<input type="checkbox"/>	Educación primaria	<input type="checkbox"/>	Diplomatura	<input type="checkbox"/>	Dirección
<input type="checkbox"/>	E.S.O.	<input type="checkbox"/>	Licenciatura / Grado	<input type="checkbox"/>	Mando Intermedio
<input type="checkbox"/>	Bachillerato	<input type="checkbox"/>	Cursos de Doctorado	<input type="checkbox"/>	Técnico
<input type="checkbox"/>	FP Grado Medio	<input type="checkbox"/>	Otras Titulaciones oficiales	<input type="checkbox"/>	Trabajador cualificado
<input type="checkbox"/>	FP Grado Superior			<input type="checkbox"/>	Trabajador no cualificado

Grupo de cotización (adjuntar copia de la nómina reciente): _____

Datos de la EMPRESA

Razón Social			CIF	
Dirección (completa)				
Nº de inscripción a la Seguridad Social				
Teléfono		Persona de contacto		

Acción formativa

CURSO en el que se matricula	Nº de horas	Fecha de inicio

El abajo firmante declara que todos los datos incluidos en el presente documento son ciertos y se compromete a la realización de la formación en la que se inscribe. Así mismo, confirma que en la fecha de inicio de la formación se encuentra en situación de alta en la Seguridad Social en la empresa de razón social indicada y que cotiza en concepto de formación profesional. Por otro lado, autoriza a que los datos recogidos en este documento pasen a formar parte de un fichero automatizado que gestionará la Entidad Organizadora de acuerdo con la legislación vigente en materia de protección de datos personales, con la finalidad de llevar a cabo la acción formativa así como para el envío de otras actividades formativas que le pudieran interesar. Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de sus datos en cualquier momento previa petición por escrito a la Fundación General de la Universidad de Salamanca, tal y como se establece en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

El trabajador

Fdo.: _____