

INDIQUE LOS DATOS DEL CURSO AL QUE DESEA INSCRIBIRSE					
NOMBRE DEL CURSO:					
MODALIDAD:	PRESENCIAL <input type="checkbox"/>	MIXTA <input type="checkbox"/>	DISTANCIA <input type="checkbox"/>	ON LINE <input type="checkbox"/>	
DATOS DEL ALUMNO:					
APELLIDOS:			NOMBRE:		
DOMICILIO:		Nº	POBLACIÓN:		C. POSTAL:
TF. PARTICULAR:		TF. MÓVIL:		Nº AFILIACIÓN S.S.:	
FECHA DE NACIMIENTO:		D.N.I.:		SEXO: Varón: <input type="checkbox"/> Mujer: <input type="checkbox"/>	
NIVEL DE ESTUDIOS:					
<input type="checkbox"/> ESTUDIOS PRIMARIOS, EGB, FP I <input type="checkbox"/> BUP, COU, FP II <input type="checkbox"/> DIPLOMATURA <input type="checkbox"/> LICENCIATURA <input type="checkbox"/> OTROS					
CATEGORÍA PROFESIONAL:			ÁREA FUNCIONAL:		
<input type="checkbox"/> DIRECTIVO <input type="checkbox"/> MANDO INTERMEDIO <input type="checkbox"/> TÉCNICO <input type="checkbox"/> TRABAJADOR CUALIFICADO <input type="checkbox"/> TRABAJADOR NO CUALIFICADO			<input type="checkbox"/> DIRECCIÓN <input type="checkbox"/> ADMINISTRACIÓN <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> MANTENIMIENTO <input type="checkbox"/> PRODUCCIÓN		
RÉGIMEN DE AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL: (SEÑALE CON UNA CRUZ A LA QUE PERTENEZCA)					
<input type="checkbox"/> RÉGIMEN GENERAL <input type="checkbox"/> RÉGIMEN ESPECIAL DE AUTÓNOMOS		<input type="checkbox"/> RÉGIMEN GENERAL (trabajadores a tiempo parcial-fijo discontinuos en periodos de no ocupación) <input type="checkbox"/> RÉGIMEN GENERAL (trabajadores en situación de regulación de empleo en periodos de no ocupación)			
DATOS DE LA EMPRESA:					
NOMBRE DE LA EMPRESA:		C.I.F.:		C.N.A.E.:	
CTA. COTIZACIÓN:		PLANTILLA MEDIA AÑO ANTERIOR:			
EXISTE R.L.T. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		P.Y.M.E. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		EMPRESA NUEVA CREACIÓN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
CONVENIO COLECTIVO:					
DOMICILIO				C.P.	
LOCALIDAD		TELÉFONO		2º TELÉFONO	
e-mail:		PAGINA WEB			
REPRESENTANTE LEGAL				D.N.I.	

IMPORTANTE: Es imprescindible, para que este Boletín de inscripción, sea válido, cumplimentar todos los datos solicitados.

FIRMADO EL TRABAJADOR	FIRMADO RLT En caso de que exista
a _____ de 2008	
Declaro que los datos expuestos corresponden a la realidad	Como Representante Legal de los Trabajadores declaro aceptar y conocer la acción formativa, objetivos, contenidos, duración, fecha de inicio y fecha de finalización

Según lo dispuesto en Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, ADALID ASTURIAS FORMACION S.L., le informa que los datos personales recogidos serán incorporados a un fichero, del cual es titular y cuya finalidad es mantener relaciones comerciales o contractuales con su empresa, tratamiento que autoriza.

Podrá ejercitar gratuitamente sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de sus datos mediante escrito dirigido al Responsable de Seguridad que podrá ser presentado directamente en el domicilio social de ADALID ASTURIAS FORMACION, S.L., o bien podrá ser remitido por correo certificado a la dirección de ADALID ASTURIAS FORMACION, S.L., (C/ Dindurra 21, Bajo – 33202 Gijón - Asturias)