

**(B) FICHA PERSONAL DE INSCRIPCIÓN
PARA CONTRATOS PROGRAMA**

FECHA DE EMISION

/ /

DATOS DEL CURSO

PLAN UMAV CAPTADOR _____
Nº EXPEDIENTE CPS029/2005
ACCIÓN FORMATIVA _____
CÓDIGO DEL CURSO _____ MODALIDAD _____
FECHA INICIO _____ FECHA FIN _____ HORARIO DE _____ A _____

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO

N.I.F. TIPO ⁽¹⁾: SEXO: Hombre Mujer Fecha de nacimiento
Nº Afiliación a la Seguridad Social: (12 dígitos) Grupo Cotización Seg. Social:
1º Apellido: _____ 2º Apellido: _____
Nombre: _____ Discapacitado: SI NO:
DIRECCIÓN DEL ALUMNO { Domicilio: _____ Nº: _____ Piso: _____
Población: _____ C. P.: _____ Provincia: _____
Teléfono particular: _____
Estudios { Sin estudios Graduado Escolar ESO BUP / COU Bachiller Licenciatura
Estudios Primarios Ciclo Grado Superior FPI FPII Ciclo grado medio Diplomatura

SITUACIÓN LABORAL

RÉGIMEN DE COTIZACIÓN ⁽²⁾		TIPO DE CONTRATO	
R. G. <input type="checkbox"/>	F. D. <input type="checkbox"/>	Fijo..... <input type="checkbox"/>	Fijo discontinuo... <input type="checkbox"/>
R. E. <input type="checkbox"/>	A. G. <input type="checkbox"/>	Por obra y servicio... <input type="checkbox"/>	Eventual..... <input type="checkbox"/>
A. U. <input type="checkbox"/>	A. P. <input type="checkbox"/>	En Formación..... <input type="checkbox"/>	En prácticas..... <input type="checkbox"/>
E. H. <input type="checkbox"/>	D. F. <input type="checkbox"/>	Salario coste /hora incluido S. Social Empresa: _____	
R. L. E. <input type="checkbox"/>	C.E.S.S. <input type="checkbox"/>	Horas de formación en jornada laboral: _____	

ÁREA FUNCIONAL	CATEGORÍA PROFESIONAL
Dirección (DI) <input type="checkbox"/> Administración (AD) <input type="checkbox"/>	Dirección (DI) <input type="checkbox"/> Mando Intermedio (MI) <input type="checkbox"/>
Comercial (CO) <input type="checkbox"/> Mantenimiento (MN) <input type="checkbox"/>	Técnico (TE) <input type="checkbox"/> Trabajador cualificado (TC) <input type="checkbox"/>
Producción (PR) <input type="checkbox"/>	Trabajador no cualificado (NC) <input type="checkbox"/>

DATOS DE LA EMPRESA

C.I.F. Si es C.I.F, la Letra va al principio Convenio
N.I.F. Si es N.I.F, la Letra va al final Colectivo
Nº Afiliación a la Seguridad Social (12 dígitos) : C.N.A.E. _____
Nombre o Razón Social: _____
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA { Domicilio: _____ Nº: _____ Piso: _____
Población: _____ C. P.: _____ Provincia: _____
Teléfono: _____ Fax _____ Actividad _____
Nombre y Apellidos Representante Legal: _____ N.I.F.: _____

- (1) N.I.F. Tipo: N N.I.F. - D.N.I.
T Tarjeta residente
P Pasaporte

REMITIR 20 DÍAS ANTES DEL COMIENZO DEL CURSO

- (2) Relación de Códigos: RG régimen general, FD fijos discontinuos en periodos de no ocupación, RE regulación de empleo en periodos de no ocupación, AG régimen especial agrario, AU régimen especial autónomos, AP administración pública, EH empleado hogar, DF trabajadores que accedan al desempleo durante el periodo formativo, RLE trabajadores con relaciones laborales de carácter especial que se recogen en el art. 2 del Estatuto de los Trabajadores, CESS trabajadores con convenio especial con la Seguridad Social.

A los efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 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.