

**ACCIÓN FORMATIVA (Denominación y Número)**

1. \_\_\_\_\_

**DATOS DE CONTACTO Y PARA ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN :**

<b>1er. Apellido:</b>		<b>2º. Apellido:</b>		<b>Nombre:</b>	
Dirección:			Localidad:		C.P.:
Provincia:		Telf móvil:		E-mail:	

2. \_\_\_\_\_

**DATOS COMPLEMENTARIOS DEL CENTRO DE TRABAJO**

Nº de Inscripción a la Seguridad Social del centro de trabajo:

Teléfono del centro de trabajo:	FAX del centro de trabajo:
---------------------------------	----------------------------

3. \_\_\_\_\_

**GRUPO DE COTIZACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL**

<input type="checkbox"/> 1 - Ingenieros y Licenciados. Personal de alta dirección (*)	<input type="checkbox"/> 7 - Auxiliares administrativos
<input type="checkbox"/> 2 - Ingenieros Técnicos, Peritos y Ayudantes titulados	<input type="checkbox"/> 8 - Oficiales de primera y segunda
<input type="checkbox"/> 3 - Jefes Administrativos y de Taller	<input type="checkbox"/> 9 - Oficiales de tercera y Especialistas
<input type="checkbox"/> 4 - Ayudantes no Titulados	<input type="checkbox"/> 10 - Peones
<input type="checkbox"/> 5 - Oficiales Administrativos	<input type="checkbox"/> 11 - Trabajadores menores de 18 años, cualquiera que sea su categoría profesional
<input type="checkbox"/> 6 - Subalternos	

(\*)No incluido en el artículo 1.3 c) del Estatuto de los trabajadores

4. \_\_\_\_\_

**INDICA TU PAÍS DE NACIMIENTO**

5. \_\_\_\_\_

**¿EN QUÉ LOCALIDAD PREFERIRÍAS RECIBIR LA FORMACIÓN?**

6. \_\_\_\_\_

**OTROS CURSOS EN LOS QUE ESTÁS INTERESADO**

1. CódigoFLC: .....	Modalidad	<input type="checkbox"/> Distancia o teleformación	<input type="checkbox"/> Presencial
Denominación: .....			
2. CódigoFLC: .....	Modalidad	<input type="checkbox"/> Distancia o teleformación	<input type="checkbox"/> Presencial
Denominación: .....			
3. CódigoFLC: .....	Modalidad	<input type="checkbox"/> Distancia o teleformación	<input type="checkbox"/> Presencial
Denominación: .....			

Fecha:

Firma del/de la Trabajador/a: