







DOCUMENTACION A CUMPLIMENTAR PARA INSCRIPCION A CURSO/S:

-  **Anexo de Adhesión** (F-01) firmado por el Representante Legal de la empresa y sellado.

-  **Comunicación al Representante Legal de los Trabajadores o Representante Sindical** (F-02), firmado únicamente en el caso de que exista.

-  **Ficha de inscripción del alumno** (F-03) cumplimentada.

-  **Fotocopia del DNI y cabecera última nómina** del trabajador

Una vez cumplimentado todos los formularios, remitir la documentación por **fax al 856 21 53 31 o e-mail: info@cifemformacion.com** y posteriormente por correo postal a:

CIFEM FORMACION
C/ Andrómeda, 6. Local 1
11510 Puerto Real (Cádiz)
Ref.: Formación Continua

Muchas gracias por su colaboración.

CIFEM FORMACION, S.L.L.

Anexo de Adhesión al Convenio de Agrupación de Empresas

DATOS DE LA EMPRESA:			
Razón Social:		CIF:	
C.C.C. SEG. SOCIAL:			
Domicilio Social:		Código Postal:	
Población:		Provincia:	
Teléfono:	Fax:	E-mail:	
Plantilla media de la empresa en el año anterior:			
Actividad de la empresa:			C.N.A.E.:
Código del Convenio Colectivo:		Ámbito:	
PYME:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Empresa de nueva creación:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
La empresa dispone de RLT: (Representación Legal de los Trabajadores)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	

El abajo firmante, D. /Dña. _____

Con NIF _____ en su condición de Representante Legal de la Empresa arriba indica.

Declara

Que conoce el Convenio de Agrupación de empresas de fecha 2 Enero de 2009 suscrito entre la entidad organizadora Consorcio para la Innovación & Formación Empresarial, SLL., y las empresas agrupadas que se han unido al mismo, con el fin de gestionar de forma conjunta su formación continua de conformidad con lo establecido en la Orden TAS/2307/2007 de 27 de julio.

Que acepta las obligaciones y derechos que en dicho Convenio se contienen y se adhiere al mismo desde la fecha de la firma del presente documento.

En _____ a ____ de _____ de _____.

Por la empresa agrupada (Firma y Sello)

Por la Entidad Organizadora



Fdo. D/Dña. _____

Fdo. Consorcio Innovación y Formación Empresarial, SLL

“De conformidad a la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal se le informa que todos los datos recogidos en este documento y los que pudiésemos necesitar serán incorporados a un fichero informatizado, del cual es responsable CONSORCIO PARA LA INNOVACION Y FORMACION EMPRESARIAL, SLL, pudiendo ser comunicados a otras entidades, con la finalidad de impartir y tramitar la formación objeto del presente documento. En el caso de producirse alguna modificación de sus datos, pedimos nos lo comunique debidamente por escrito. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos que establece la Ley, a la dirección Calle Andrómeda 6, Local I. 11510 Puerto Real-Cádiz.”

Comunicación a la Representación Legal de los Trabajadores (R.L.T.)

D. /Dña. _____, con NIF _____ en Representación
Legal de los Trabajadores de la Empresa _____ con CIF _____
y Sede Social en (calle, municipio, provincia) _____

Declara

Que la Empresa ha proporcionado información (1) detallada sobre las acciones formativas que "Consortio para la Innovación y Formación Empresarial, SLL." desarrolla en calidad de Entidad Organizadora de la Agrupación de Empresas a la que ésta pertenece, de conformidad con el Art. 15 del Real Decreto 395/2007, de 23 de Marzo, por el que se regula el Subsistema de Formación Profesional para el empleo.

(1) Denominación, descripción y objetivos de las Acciones Formativas, colectivos destinatarios y nº de participantes, calendario previsto de ejecución y lugar de impartición, medios pedagógicos, criterios de selección de los participantes, y balance de la formación desarrollada en el ejercicio precedente.

INFORME:	
Examinada la información recibida, La Representación Legal de los Trabajadores emite el siguiente informe:	
<input type="checkbox"/> Favorable	<input type="checkbox"/> Desfavorable (*)

(*) En caso de informe desfavorable se enumerarán las consideraciones que justifiquen este informe:

En _____ a, _____ de _____ de _____.

Representante Legal de los Trabajadores

Fdo. _____

Cargo Sindical: _____

(Presidente, Secretario del Comité Empresa, Delegado de Personal...)

"De conformidad a la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal se le informa que todos los datos recogidos en este documento y los que pudiésemos necesitar serán incorporados a un fichero informatizado, del cual es responsable CONSORCIO PARA LA INNOVACION Y FORMACION EMPRESARIAL, SLL, pudiendo ser comunicados a otras entidades, con la finalidad de impartir y tramitar la formación objeto del presente documento. En el caso de producirse alguna modificación de sus datos, pedimos nos lo comunique debidamente por escrito. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos que establece la Ley, a la dirección Calle Andrómeda 6, Local I. 11510 Puerto Real-Cádiz."

DATOS DE LA EMPRESA	
RAZON SOCIAL	
CIF/NIF	

Ficha del Alumno/a

DATOS DEL CURSO	
Denominación:	
Horas:	
Modalidad; (marque la que proceda)	<input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> A distancia <input checked="" type="checkbox"/> On-line <input type="checkbox"/> Mixta

* Coste de la Acción formativa/curso on-line: _____ EUROS

* El 100% de este coste será bonificado (deducido) en los Seguros Sociales de su Empresa. Si la empresa dispone del crédito mínimo **420 € (plantilla media: 1 a 5 trabajadores)**, se ajustará el coste de la acción formativa a esta cantidad.

DATOS DEL PARTICIPANTE:	
Nombre y Apellidos:	
NIF/NIE:	TELEFONO CONTACTO:
Email alumno:	
Nº Afiliación a la Seguridad Social:	
Empresa:	CIF:
Fecha de nacimiento:	
Grupo de cotización: (marque el que proceda)	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11	
Categoría	
<input type="checkbox"/> Directivo (DI) <input type="checkbox"/> Mando Intermedio (MI) <input type="checkbox"/> Técnico (TE) <input type="checkbox"/> Trabajador cualificado (TC) <input type="checkbox"/> Trabajador no Cualificado (NC)	
Área funcional:	
<input type="checkbox"/> (DI) Dirección <input type="checkbox"/> Administración <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Mantenimiento <input type="checkbox"/> Producción	
Nivel de Estudios:	
<input type="checkbox"/> Sin estudios <input type="checkbox"/> Est. Primarios <input type="checkbox"/> FP; CGM/S; BUP o equivalente <input type="checkbox"/> Diplomatura <input type="checkbox"/> Licenciatura	

* Coste hora formación on-line: 7,5 € (regulado en la Orden TAS/2307/2007 del 27 Julio 2007)

El/la abajo firmante con DNI: _____, en su condición de representante legal de la empresa arriba indicada **DECLARA:**

Que todos los datos anteriores son ciertos y solicita que se realice la formación descrita en el presente documento. El abono de la factura emitida por **CIFEM FORMACION SLL** se efectuara una vez **BONIFICADA** esta en los Seguros Sociales de la Empresa.

MODO DE PAGO (Seleccione la que desee)	ENTIDAD	OFICINA	D.C.	Nº CUENTA
<input type="checkbox"/> Domiciliación bancaria				
<input type="checkbox"/> Transferencia				

En _____ a, _____ de _____ de _____

Por la Empresa:

El alumno:

Por la Entidad Organizadora:



Firma y sello.:

Firma.

Fdo. Consorcio Innovación y Formación Empresarial, SLL