



## FICHA DE INSCRIPCIÓN

ENTIDAD ORGANIZADORA: PLUS ULTRA FORMACIÓN N° DE EXPEDIENTE: B130385AB

DENOMINACIÓN DEL CURSO: \_\_\_\_\_

N° ACCIÓN FORMATIVA \_\_\_\_\_ N° GRUPO \_\_\_\_\_ FECHA DE INICIO \_\_\_\_\_ FECHA DE FIN \_\_\_\_\_

### DATOS DEL TRABAJADOR/PARTICIPANTE

NIF: \_\_\_\_\_ NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

N° AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL: \_\_\_\_\_ FECHA NACIMIENTO \_\_\_\_\_ SEXO (V/M) \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

PROVINCIA: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_ MÓVIL \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ DISCAPACIDAD:  SÍ  NO

### ESTUDIOS

- SIN ESTUDIOS     ESTUDIOS PRIMARIOS     GRADUADO ESCOLAR     ESO     FPI  
 FPII     BUP/COU BACHILLERATO     DIPLOMATURA     LICENCIATURA

### ÁREA FUNCIONAL

- DIRECCIÓN     ADMINISTRACIÓN     COMERCIAL     MANTENIMIENTO  
 PRODUCCIÓN

### CATEGORÍA PROFESIONAL

- DIRECTIVO     MANDO INTERMEDIO     TÉCNICO     TRAB. CUALIFICADO  
 TRABAJADOR NO CUALIFICADO

CÓDIGO GRUPO DE COTIZACIÓN <sup>(1)</sup>: \_\_\_\_\_ DESCRIPCIÓN: \_\_\_\_\_

### ENTIDAD DONDE TRABAJA ACTUALMENTE

RAZÓN SOCIAL: \_\_\_\_\_

N°. DE INSCRIPCIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL: \_\_\_\_\_ C.I.F.: \_\_\_\_\_

DOMICILIO DEL CENTRO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

**El alumno se compromete a que va a completar el 75% de las horas totales que contenga la Acción Formativa o realizar el 75% de los cuestionarios de Evaluación. Asimismo y, a los efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de 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.**

<sup>(1)</sup> (01) Ingenieros, Licenciados y Personal de Alta Dirección. (02) Ingenieros Técnicos, Peritos y Ayudantes Titulados. (03) Jefes Administrativos y de Taller. (04) Ayudantes No Titulados. (05) Oficiales Administrativos. (06) Subalternos. (07) Auxiliares Administrativos. (08) Oficiales de 1ª y 2ª. (09) Oficiales de 3ª y Especialistas. (10) Peones. (11) Trabajadores Menores de 18 años.

EL TRABAJADOR: \_\_\_\_\_ Representante Legal de los trabajadores \* (Si Procede)

FDO.: \_\_\_\_\_  
(NOMBRE Y APELLIDOS)

FDO.: \_\_\_\_\_  
(NOMBRE Y APELLIDOS)

FECHA: \_\_\_\_\_

\* Como Representante Legal de los Trabajadores, declaro conocer y aceptar la acción formativa, medios pedagógicos, criterios de selección, objetivos contenidos, número de horas, fecha de inicio, fecha de fin y horas de impartición.