

Matrícula Formación de Demanda

Colaborador

CURSO

Denominación:

Acción	Grupo	Fecha Inicio	Fecha Fin	Horas Online <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Horas Presencial <input type="text"/>	

DATOS DE LA EMPRESA

Razón social:

CIF/NIF:

Representante:

NIF:

E-mail:

Tlf:

Número de cuenta:

Cuenta Cotización de la empresa:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
IBAN	Entidad	Oficina	D.C	Número de cuenta							

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Asesoría:

E-mail:

Persona de contacto:

Tlf:

C.P.:

DATOS DEL ALUMNO

Nombre y apellidos:

DNI:

Teléfono:

Número de S.S:

Fecha de Nacimiento:

E-mail:

Estudios terminados:

Horario Laboral:

Puesto de trabajo:

Discapacidad	Grupo de Cotización	Nivel de estudios	Categoría profesional
Afectados/Victima de Terrorismo	1. Ingenieros y Licenciados 2. Ingenieros y Técnicos 3. Jefes Admin./Taller. 4. Ayudantes no titulados 5. Oficiales Administrativos 6. Subalternos	7. Aux.Administrativo 8. Oficiales de 1ª y 2ª 9. Oficiales de 3ª y especial 10. Peones 11. Menores de 18 años	Directivo Mando intermedio Técnico Trabajador cualificado Trabajador NO cualificado
Afectados/Victimas de Violencia de género		Sin estudios Primarios Bachillerato/FP Diplomatura/Grado Licenciatura	

Don/Doña _____ con N.I.F. _____, como representante Legal de la empresa arriba indicada, certifico que todos los datos anteriores son ciertos y solicito que se realice la formación descrita, bonificándose, en caso de disponer de crédito, en la cuenta de cotización a la Seguridad Social. Así mismo, autorizo a la Entidad Organizadora a practicar la cofinanciación privada correspondiente.

En Córdoba a _____ de _____ de 2019

Fdo.Alumno

Fdo. Representante legal

Fdo. Entidad Organizadora

Tras la recepción de las claves de acceso a la plataforma, dispondrá de un plazo único de tres días para su cancelación. A partir de este momento, la inscripción se considerará válida, y si el alumno no finaliza la acción formativa, (asistiendo de forma gradual al 75% del contenido como mínimo y realizando la prueba de evaluación), Golden Enseñanza Integral SL facturará el importe del curso, sin que la empresa pueda deducir su coste de los Seguros Sociales.

En cumplimiento de lo establecido en la LOPD, le informamos que sus datos serán tratados en nuestros ficheros, con la finalidad del mantenimiento y cumplimiento de la relación entidad-cliente y prestación de servicios derivada de la misma, incluyendo el envío de comunicaciones informativas, comerciales y de cortesía en el marco de la citada relación. Asimismo, sus datos serán cedidos en todos aquellos casos en que sea necesario para el desarrollo, cumplimiento y control de la relación entidad-cliente y prestación de servicios derivada de la misma o en los supuestos en que lo autorice una norma con rango de ley. En cumplimiento de la LOPD puede ejercitar sus derechos ARCO ante GOLDEN ENSEÑANZA INTEGRAL S.L. con dirección en C/. Califato, 19, CP 14005, Córdoba (Córdoba), adjuntando fotocopia de su DNI.