

Ficha de Inscripción

Recuerde que puede bonificar este curso en los Seguros Sociales de su empresa

DATOS DEL CURSO

DENOMINACIÓN _____

Nº ACCIÓN _____ Nº GRUPO _____ FECHA DE INICIO _____ MODALIDAD _____

DATOS DEL ASISTENTE

NOMBRE _____ APELLIDOS _____

N.I.F. _____ DOMICILIO _____

LOCALIDAD _____ C.P. _____ PROVINCIA _____

TELÉFONOS _____ / _____ E-MAIL _____

SEXO _____ FECHA NACIMIENTO ____/____/____ Nº Seguridad Social _____

Discapacitado: SI NO Afectado víctima violencia de género: SI NO Afectado víctima del terrorismo: SI NO

ÁREA FUNCIONAL (1): CATEGORÍA (2): NIVEL DE ESTUDIOS (3): GRUPO DE COTIZACIÓN (4):

(1)	Dirección: DI Administración: AD Comercial: CO Mantenimiento: MN Producción: PR	(2)	Directivo: DI Mando Intermedio: MI Técnico: TE Trabajador Cualificado: TC Trabajador no cualificado: NC	(3)	Sin estudios: SE Estudios Primarios, EGB: EP FPI,BUP,FPII, Bachillerato: EM Diplomado: D Licenciado: L Otros: O	(4)	Ingeniero y Licenciado (1), Ingeniero Técnico, Perito (2), Jefe Administrativo o Taller (3), Ayudante no titulado (4), Oficial Administrativo (5), Subalterno (6), Auxiliar Admto. (7), Oficial de primera o segunda (8), Oficial de tercera o especialista (9), trabajadores > 18 años no cualificado (10), Trabajadores < 18 años (11)
-----	--	-----	--	-----	---	-----	--

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE / RAZÓN SOCIAL _____

CIF _____ Nº SEGURIDAD SOCIAL (C C C) _____

ES PYME: SI NO CÓDIGO CNAE _____ CONVENIO COLECTIVO _____

DIRECCIÓN: _____ LOCALIDAD _____

C.P. _____ PROVINCIA _____ TELÉFONO _____ FAX _____

E-MAIL _____ ¿EMPRESA CREADA EN EL AÑO 2024?: SI NO PLANTILLA MEDIA 2024: _____

REPRESENTANTE LEGAL TRABAJADORES: SI NO NOMBRE _____ DNI _____

D/Dª: _____ con **NIF** _____ como Representante Legal de la empresa arriba indicada, certifico que todos los datos anteriores son ciertos, y solicito que la formación antes descrita, se realice, bonificándome, en todo caso de disponer crédito, en la cotización a la Seguridad Social, autorizando a que se domicilie el coste de la formación y se practique la cofinanciación privada correspondiente ante la Fundación Estatal por la Entidad Organizadora.

FORMA DE PAGO

RECIBO DOMICILIADO

IBAN	ENTIDAD	SUCURSAL	D.C.	CUENTA

Firma del solicitante del curso

Fdo. D/Dª _____

(Adjuntar fotocopia del DNI y de la última nómina)

Firma y sello del Representante Legal de la Empresa

Fdo. D/Dª _____

Consentimiento para el Tratamiento de Datos Personales

En Cooperativas Agro-alimentarias Castilla-La Mancha creemos y defendemos que tu privacidad es algo muy importante y que solo tú debes poder decidir qué uso se hace de tu información. Por eso, nos hemos adecuado a la normativa europea de protección de datos personales y ponemos a tu disposición todo lo que necesitas para entenderla. Además, queremos que nos digas qué podemos y no podemos hacer con tus datos.

Recuerda que podrás modificar estos permisos cuando quieras y las veces que consideres oportuno.

☐ **Marcando esta casilla, consientes que COOPERATIVAS AGRO-ALIMENTARIAS CASTILLA-LA MANCHA trate tus datos para todos los fines que te indicamos a continuación (si hay algún uso en concreto que no quieres aceptar, basta con que nos lo indiques marcando el "NO")**

1. Enviarme, por cualquier medio, información relacionada con el sector, actividades formativas y del resto de actividades que lleva a cabo Cooperativas Agro-alimentarias Castilla-La Mancha.

☐ Sí

☐ No

2. Ofrecerme, por cualquier medio, información relacionada con el sector, actividades formativas y del resto de actividades que se llevan a cabo las empresas del Grupo: SIC, ACM y Fundación Cooperativa.

☐ Sí

☐ No

3. Acepto la publicación de mi imagen/voz en redes sociales, página web y otras publicaciones del responsable, a fin de promocionar y dar difusión a las actividades realizadas por Cooperativas Agro-alimentarias Castilla-La Mancha.

☐ Sí

☐ No

☐ **Leo y acepto la información básica sobre Protección de Datos Personales (se indica a continuación):**

Información básica sobre Protección de Datos	
Responsable +info	COOPERATIVAS AGRO-ALIMENTARIAS CASTILLA-LA MANCHA
Finalidad +info	Gestión y difusión de la formación a la que se ha inscrito, asistencia en la incorporación laboral y envío de comunicaciones similares
Legitimación +info	Interés legítimo y ejecución de un contrato en la prestación de servicios de formación. Para otros tratamientos no amparados, consentimiento del titular - Podrá revocar el consentimiento en cualquier momento
Destinatarios +info	Administración Pública con competencia en la materia Cesión y Prestación de Servicios entre el resto de empresas del GRUPO y terceros colaboradores No hay transferencias internacionales
Derechos +info	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional
Información Adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en www.agroalimentariasclm.coop/politica-de-privacidad

Y en prueba de conformidad, quedo informado y presto mi consentimiento para los tratamientos informados.

En _____, a ____ de _____ de 202__

Nombre y apellidos del alumno:

DNI:

Firma: _____