

# 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: <b>DI</b> Administración: <b>AD</b> Comercial: <b>CO</b> Mantenimiento: <b>MN</b> Producción: <b>PR</b>	(2)	Directivo: <b>DI</b> Mando Intermedio: <b>MI</b> Técnico: <b>TE</b> Trabajador Cualificado: <b>TC</b> Trabajador no cualificado: <b>NC</b>	(3)	Sin estudios: <b>SE</b> Estudios Primarios, EGB: <b>EP</b> FPI,BUP,FPII, Bachillerato: <b>EM</b> Diplomado: <b>D</b> Licenciado: <b>L</b> Otros: <b>O</b>	(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 2025?: SI NO PLANTILLA MEDIA 2025: \_\_\_\_\_

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	
<b>Responsable +info</b>	COOPERATIVAS AGRO-ALIMENTARIAS CASTILLA-LA MANCHA
<b>Finalidad +info</b>	Gestión y difusión de la formación a la que se ha inscrito, asistencia en la incorporación laboral y envío de comunicaciones similares
<b>Legitimación +info</b>	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
<b>Destinatarios +info</b>	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
<b>Derechos +info</b>	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional
<b>Información Adicional</b>	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en <a href="http://www.agroalimentariasclm.coop/politica-de-privacidad">www.agroalimentariasclm.coop/politica-de-privacidad</a>

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: \_\_\_\_\_