cooperativas agro-alimentarias Castilla-La Mancha

Ficha de Inscripción

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

DATOS DEL CURSO

DENOMINACIÓN GESTIÓN DE LAS REDES SOCIALES EN LA EMPRESA

Nº ACCIÓN 513 **Nº GRUPO** 01 **FECHA DE INICIO** 23/11/2026 **MODALIDAD** TELEFORMACIÓN

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): Seleccione CATEGORÍA (2): Seleccione NIVEL DE ESTUDIOS (3): Seleccione GRUPO DE COTIZACIÓN (4): Seleccione

(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** FP1,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 Admtvo. (**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	Firma y sello del Representante Legal de la Empresa
Fdo. D/Dª _____ (Adjuntar fotocopia del DNI y de la última nómina)	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 Cooperactiva.

☐ *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 trasferencias 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/política-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: _____