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 FISCAL EN LA EMPRESA

Nº ACCIÓN _____ **Nº GRUPO** 01 **FECHA DE INICIO** 22/02/2027 **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 2026?: SI ☐ NO ☐ PLANTILLA MEDIA 2026: _____

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: _____