**DATOS DEL/LA TRABAJADOR/A**

|  |
| --- |
| **NOMBRE:** **APELLIDO 1*:*** **APELLIDO 2*:*** **NIF / NIE:****FECHA DE NACIMIENTO:****Nº TELÉFONO****CORREO ELECTRÓNICO****Nº SEGURIDAD SOCIAL:****GÉNERO (hombre/mujer):**  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DISCAPACIDAD:** * **SI**
* **NO**
 | **AFECTADOS/VÍCTIMAS TERRORISMO:** * **SI**
* **NO**
 | **AFECTADOS/VÍCTIMAS VIOLENCIA** **DE GÉNERO:*** **SI**
* **NO**
 |

|  |
| --- |
| **NIVEL DE ESTUDIOS:*** **1 – Sin Estudios**
* **2 – Estudios primarios, EGB o equivalente, Bachillerato Superior, BUP y equivalente, FPII o equivalente**
* **3 – FP1 o Enseñanza Técnico Profesional equivalente**
* **4 – Arquitecto Técnico o Ingeniero Técnico, Diplomado de otras escuelas universitarias o equivalente**
* **5 – Arquitecto o Ingeniero Superior o equivalente**
* **6 – Otros (especificar):**

**CATEGORÍA PROFESIONAL:*** **Directivo**
* **Mando Intermedio**
* **Técnico**
* **Trabajador con Baja Cualificación**
* **Trabajador Cualificado**

**GRUPO DE COTIZACIÓN (T.G.S.S.):*** **1 – Ingenieros y Licenciados**
* **2 – Ingenieros Técnicos, Peritos y Ayudantes Titulados**
* **3 – Jefes Administrativos y de Taller**
* **4 – Ayudantes no Titulados**
* **5 – Oficiales Administrativos**
* **6 – Subalternos**
* **7 – Auxiliares Administrativos**
* **8 – Oficiales de primera y segunda**
* **9 – Oficiales de tercera y especialistas**
* **10 – Trabajadores mayores de 18 años no cualificados**
* **11 – Trabajadores menores de 18 años**
 |

**DATOS DE LA EMPRESA**

|  |
| --- |
| **CIF:** **RAZÓN SOCIAL:** **CUENTA COTIZACIÓN:**  |

**DATOS DE LA ACCIÓN FORMATIVA**

|  |
| --- |
| **DENOMINACIÓN:** **FECHA INICIO:** **FECHA FIN:** **HORAS:**  |

D/Dª. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con NIF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declara que conoce que va a participar en el curso arriba indicado y que los datos reseñados son ciertos.

Y para que conste a los efectos oportunos firma la presente:

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firmado:**