



NOMBRE DEL CURSO:

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE EMPRESA		C.I.F.	
DIRECCIÓN			
LOCALIDAD		PROVINCIA	
			C.P.
Persona de contacto:			
Teléfono/s:		Email:	
Convenio de referencia al que se acoge la empresa:			
Código CNAE del convenio:			
Fecha creación empresa:		Plantilla media del último año:	
Cuota de formación profesional abonada en el último año por la empresa:			
Cuenta cotización de la empresa que figura en la nómina del participante:			

DATOS DEL ALUMNO

NOMBRE ALUMNO		D.N.I.	
APELLIDOS			
Nº Seguridad Social:		Fecha nacimiento:	
Teléfono/s:		Email:	

* MARQUE SÍ o NO según proceda: Discapacidad Víctima de terrorismo Afectados, víctimas violencia de género

GRUPO DE COTIZACIÓN DEL PARTICIPANTE (Nº que figura en la nómina como G.C. ó tarifa)

* ¿VA A REALIZAR LA FORMACIÓN EN HORARIO LABORAL? SÍ NO

En caso afirmativo, indique:

HORARIO LABORAL:	
COSTE MEDIO POR HORA DEL TRABAJADOR PARA LA EMPRESA:	

PROTECCIÓN DE DATOS: Sus datos van a ser incorporados en un fichero cuyo responsable es la FUNDACIÓN GENERAL DE LA UCM (G-79485082) con la finalidad de gestionar los servicios recogidos en el presente documento, así como para remitirle a través de su correo electrónico comunicaciones relativas a las actividades formativas y culturales organizadas por la Fundación General y/o por la UCM. Sus datos podrán ser cedidos única y exclusivamente a aquellas entidades cuya participación sea necesaria a los efectos del cumplimiento de la finalidad recogida. Si desea ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, puede remitirnos un escrito a la siguiente dirección: Fundación General Universidad Complutense de Madrid, Att.: Departamento de Asesoría Jurídica. C/ Doctor Severo Ochoa, 7. Facultad de Medicina, Edificio Entrepabellones 7-8. Ciudad Universitaria 28040 Madrid, o remitiendo un correo electrónico a la siguiente dirección: protecciondedatos@rect.ucm.es.