CENTRO de FORMACIÓN de HOSTELERIA

FORMULARIO INSCRIPCIÓN TRABAJADOR FORMACIÓN BONIFICADA

DATOS DE LA EMPRESA A LA QUE PERTENECE EL ALUMNO

Razón social empresa a la que pertenece el alumno _____ CIF/NIF _____ Número Seg. Social de la empresa _____

Número de cuenta para domiciliación del pago de las acciones formativas contratadas.

IBAN _____ Banco _____ Sucursal _____ D.C. _____ Número de Cuenta _____

DATOS DE LA GESTORÍA O CONTABLE DE LA EMPRESA

Nombre de la Gestoría _____ Persona de Contacto en Gestoría o Administración _____ Teléfono de contacto _____

DATOS DEL ALUMNO

Nombre _____ NIF (Número DNI) _____ Número de Seguridad Social _____

Apellido 1 _____ Fecha de Nacimiento _____ Teléfono de contacto _____

Apellido 2 _____ Email de contacto _____

Sexo [ ] Colectivo prioritario [ ] Grupo Cotización Seguridad Social [ ]

Discapacidad [ ]

Área funcional [ ] Nivel de estudios finalizados [ ] Categoría profesional [ ]

DATOS DE LOS CURSOS QUE TIENE DERECHO A REALIZAR

Código del curso 1 _____ Denominación del curso 2 _____

Indique el horario y el día de la semana, en el que prefiere realizar la formación:

_____

_____

Observaciones (opcional)

_____

_____