

FICHA DE INSCRIPCIÓN - CURSOS DE FORMACIÓN CONTINUA CDT INTERIOR

CURSO :

Datos personales:

APELLIDOS: _____

NOMBRE: _____ HOMBRE : MUJER :

D.N.I.: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ DISCAPACITADO

DOMICILIO: _____

POBLACION: _____ PROVINCIA: _____ C.P.: _____

TELEFONO : _____ TELEFONO : _____ NACIONALIDAD: _____

E-MAIL: _____

Nivel de estudios:

Sin estudios E.G.B. E.S.O. B.U.P. C.O.U.

F.P. I F.P. II F.P. III Estudios universitarios(Especificar) _____

Situación socio laboral :

En activo

Datos profesionales:

NOMBRE DE LA EMPRESA: _____ NATURALEZA JURÍDICA: _____

RAZÓN SOCIAL: _____ C.I.F.: _____

Nº TRABAJADORES: Hasta 10 trabajadores De 11 a 50 trabajadores De 51 a 250 trabajadores Más de 250 trabajadores

ACTIVIDAD EMPRESARIAL: _____ AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL: _____

PUESTO DE TRABAJO (CARGO): _____

DOMICILIO: _____

POBLACION: _____ PROVINCIA: _____ C.P.: _____

TELEFONO : _____ TELEFONO : _____ FAX: _____

E-MAIL: _____

_____, a ____ de _____ de 200 Firma:

APORTAR DOCUMENTACIÓN:

- D.N.I.
- JUSTIFICANTE DE EMPRESA: NÓMINA, CONTRATO, RECIBO DE AUTÓNOMO, CERTIFICADO DE EMPRESA