



**DATOS DE LA ACCIÓN FORMATIVA**

Denominación del curso	
Código curso	
Lugar	
Fecha	
Modalidad	
Horario	
Precio total del curso	
¿Curso bonificado?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

**Bonificación formación**

Los trabajadores por cuenta ajena podrán bonificarse la acción formativa a través de la fundación tripartita. (No podrán bonificarse la formación: autónomos, personal de la administración pública y desempleados no).

Si quiere que nuestra empresa le gestione la bonificación del curso, marque está casilla

-Deberá solicitar la bonificación con 7 días de antelación antes del inicio del curso. El % de bonificación dependerá del crédito disponible de cada empresa.

**INSCRIPCIÓN DE EMPRESA**

Nombre o Razón Social		NIF		Cta. Cotización:	
Domicilio		C.P.		Municipio	
Provincia					
Teléfono/s		e-mail			
Actividad económica(CNAE)		nº Empleados			
Convenio colectivo		Coste Hora trabajador		Coste medio salarial** (sólo si su plantilla media supera los 9 trabajadores)	

**FORMA DE PAGO**

El pago del curso se realizará mediante transferencia bancaria al siguiente Nº DE CUENTA: **ES53 0081 0292 77 0001360444** enviando justificante de pago a [info@workingformacion.com](mailto:info@workingformacion.com), indicando nombre del alumno y curso en el que se matricula.

O realizando **CARGO A Nº DE CUENTA DEL CLIENTE** \_\_\_\_\_ (en caso afirmativo, rellene ficha SEPA).

**FICHA DE INSCRIPCIÓN ALUMNO**

Nombre y apellido		DNI/NIE	
Nº afiliación Seguridad Social		Fecha nacimiento	/ /
Teléfono/s		e-mail	
Sexo	HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>		
Discapacidad	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Afectados/víctimas terrorismo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Afectados/víctimas violencia de género	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Estudios	SIN ESTUDIOS <input type="checkbox"/> ESTUDIOS PRIMARIOS <input type="checkbox"/> GRADUADO ESCOLAR <input type="checkbox"/> ESO <input type="checkbox"/> FPI <input type="checkbox"/> FPII <input type="checkbox"/> BUP/COU BACHILLERATO <input type="checkbox"/> DIPLOMATURA <input type="checkbox"/> LICENCIATURA <input type="checkbox"/>		
Categoría profesional	DIRECTIVO <input type="checkbox"/> MANDO INTERMEDIO <input type="checkbox"/> TÉCNICO <input type="checkbox"/> TRAB. CUALIFICADO <input type="checkbox"/> TRABAJADOR CON BAJA CUALIFICACIÓN <input type="checkbox"/>		
Código grupo de cotización(1)			
Entidad donde trabaja	Razón social		C.I.F

El alumno se compromete a que va a completar el 75% de las horas totales que contenga la Acción Formativa o realizar el 75% de los cuestionarios de Evaluación. Asimismo y, a los efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y demás normativa de desarrollo, autoriza la utilización de los datos personales contenidos en el presente documento y su tratamiento informático para la gestión de la solicitud a que se refiere el mismo.

(1) (01) Ingenieros, Licenciados y Personal de Alta Dirección. (02) Ingenieros Técnicos, Peritos y Ayudantes Titulados. (03) Jefes Administrativos y de Taller. (04) Ayudantes No Titulados. (05) Oficiales Administrativos. (06) Subalternos. (07) Auxiliares Administrativos. (08) Oficiales de 1ª y 2ª. (09) Oficiales de 3ª y Especialistas. (10) Peones. (11) Trabajadores Menores de 18 años.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Firma del trabajador  
(Nombre y apellidos)

Firma del Representante legal de trabajadores  
(Nombre y apellidos) (1) (si lo hubiera)

Representante Legal de la Empresa Agrupada  
(Firma y Sello)

### ADHESIÓN AL CONVENIO DE AGRUPACIÓN DE EMPRESAS

Nombre o Razón Social			NIF			Cta. Cotización:	
Domicilio		C.P.		Municipio		Provincia	
Teléfono/s			e-mail				
Actividad económica (CNAE)			nº Empleados				
Persona contacto							
Convenio colectivo			Coste Hora trabajador	Coste medio salarial** (sólo si su plantilla media supera los 9 trabajadores)			
¿Es pyme <sup>1</sup> ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>					
¿Existe representante legal de los trabajadores (sindicato)?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	(en caso afirmativo, rellene <b>anexo</b> )				
¿Está al corriente con la seguridad social y hacienda?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>					

<sup>1</sup> Se considera PYME aquella cuya plantilla media anual no exceda de 250 trabajadores y que no esté participada en un 25 por 100 o más de su capital o de sus derechos de voto por otras empresas que no reúnan el requisito anterior sobre dicha plantilla.

### DECLARA

- Que cede sus datos para la gestión y consulta de su saldo disponible a FUNDACIÓN TRIPARTITA en cuanto a acciones formativas a trabajadores en activo a través de la empresa Working Formación Integral S.L
- Que conoce el Convenio de Agrupación de Empresas de fecha 13 de Noviembre de 2013 suscrito entre la Entidad Organizadora con la que Working Formación Integral S.L. tenga contratada dicha prestación de servicio y otras entidades agrupadas.
- Que acepta las obligaciones y derechos que en dicho convenio se contienen y se adhiere al mismo desde la fecha de la firma del presente documento.
- Que el firmante por la empresa agrupada posee capacidad suficiente, válidamente en derecho, para representar la participación de la empresa en la presente agrupación.
- Que autoriza expresamente a que la entidad Organizadora pueda acceder a los datos que afectan a la gestión y tramitación de su crédito para la formación ante la Fundación Tripartita para la Formación en el Empleo (FTFE).
- Que la empresa a la que representa se encuentra al corriente de sus obligaciones tributarias y frente a la Seguridad Social.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

**Por la empresa agrupada**

**Por la entidad organizadora**

**Fdo:**

**Fdo: Ignacio Ramírez González**

A efectos de lo establecido en la Ley Orgánica 15/99, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter personal, y de la Ley 34/02, de 11 Julio, de Servicios de la Sociedad de la Información y de Correo Electrónico (LSSI), WORKING FORMACIÓN INTEGRAL, S.L. garantiza la confidencialidad de los datos personales de sus clientes. Le comunicamos que sus datos de carácter personal forman parte de una base de datos gestionada bajo la responsabilidad de WORKING FORMACIÓN INTEGRAL, S.L. con la finalidad de informarle de las novedades y ofertas comerciales relacionadas con nuestra actividad sea por su condición de cliente o porque nos haya solicitado información comercial en algún momento, sea porque usted haya autorizado que sus datos figuren en un fichero comercial autorizado. Es voluntad de WORKING FORMACIÓN INTEGRAL, S.L. evitar el envío deliberado de correo no solicitado, por lo cual podrá en todo momento solicitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de sus datos de carácter personal por correo ordinario Pº MARÍA AGUSTÍN 4-6, planta 1ª oficina 11, CP 50004 de ZARAGOZA, en los términos establecidos por la LOPD. Este mensaje se dirige exclusivamente a su destinatario y puede contener información privilegiada o confidencial. Si usted no es el destinatario señalado, le informamos que cualquier divulgación o usos de los contenidos están expresamente prohibidos. Si usted ha recibido este mensaje por error, por favor borre su contenido y comuníquenoslo en la dirección del remitente a la mayor brevedad posible. Este mensaje y sus adjuntos contienen información confidencial y reservada dirigida exclusivamente a su destinatario. Si ha recibido este mensaje por error, se ruega lo notifique inmediatamente por esta misma vía y borre el mensaje de su sistema. Nótese que el correo electrónico vía Internet no permite asegurar ni la confidencialidad de los mensajes que se transmiten ni la correcta recepción de los mismos. Los datos derivados de su correspondencia se incluyen un fichero de titularidad de privada cuya finalidad exclusiva es gestionar las comunicaciones de la empresa entendiéndose que usted consiente el tratamiento de los mismos con dicha finalidad al mantener tal correspondencia. El ejercicio de sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición puede realizarlo dirigiéndose por escrito a WORKING FORMACIÓN INTEGRAL, S.L. mediante correo electrónico o por correo postal a Pº MARÍA AGUSTÍN 4-6, planta 1ª oficina 11, CP 50004 DE ZARAGOZA.



**Working**  
Formación Integral S.L.



[www.workingformacion.com](http://www.workingformacion.com)  
[info@workingformacion.com](mailto:info@workingformacion.com)  
Paseo María Agustín 4-6, planta 1, oficina 11  
(Oficinas Pasaje Ebrosa) 50004 Zaragoza  
Tlf: 976 404 670

## ANEXO I

### EL REPRESENTANTE LEGAL DE LOS TRABAJADORES

D/Dña, \_\_\_\_\_ Representante Legal de los Trabajadores de la Empresa, con CIF \_\_\_\_\_  
y con domicilio en \_\_\_\_\_,

#### **Manifiesta**

Que la empresa somete las acciones formativas a información de la representación de los trabajadores, de conformidad con lo dispuesto en la orden TAS/2307/2007, de 27 de julio, por la que se desarrolla parcialmente el Real Decreto 395/2007, de 23 de marzo, para lo que aporta, a tal efecto, la siguiente información:

- 1.- Denominación y descripción de las acciones que se vayan a desarrollar y objetivos.
- 2.- Colectivos destinatarios y número de participantes por Acciones.
- 3.- Calendario previsto de ejecución.
- 4.- Medios Pedagógicos.
- 5.- Criterios de selección de los participantes.
- 6.- Lugar previsto de impartición de las acciones formativas.
- 7.- Balance de las acciones formativas desarrolladas en el ejercicio precedente.

Si en el plazo de 15 días, desde la firma del presente documento, no se presentase el correspondiente Acta de Discrepancia se entenderá que existe, por parte del Representante Legal de los Trabajadores, conformidad con las acciones formativas aquí presentadas.

Y para que conste, expide la presente Declaración en

Fdo. (Nombre y apellidos)

Logotipo  
Acreedor  
Logo Creditor

**Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA B2B**  
*SEPA Business-to-Business Direct Debit Mandate*

A cumplimentar por el acreedor  
To be completed by the creditor

Referencia de la orden de domiciliación: \_\_\_\_\_  
*Mandate reference*

Identificador del acreedor: \_\_\_\_\_  
*Creditor Identifier*

Nombre del acreedor / Creditor's name \_\_\_\_\_

Dirección / Address \_\_\_\_\_

Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town \_\_\_\_\_

País / Country \_\_\_\_\_

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Esta orden de domiciliación está prevista para operaciones exclusivamente entre empresas y/o autónomos. El deudor no tiene derecho a que su entidad le reembolse una vez que se haya realizado el cargo en cuenta, pero puede solicitar a su entidad que no efectúe el adeudo en la cuenta hasta la fecha debida. Podrá obtener información detallada del procedimiento en su entidad financiera.

*By signing this mandate form, you authorize (A) [NAME OF CREDITOR] to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from [NAME OF CREDITOR]. This mandate is only intended for business-to-business transactions. You are not entitled to a refund from your bank after your account has been debited, but you are entitled to request your bank not to debit your account up until the day on which the payment is due. Please contact your bank for detailed procedures in such a case.*

A cumplimentar por el deudor  
To be completed by the debtor

Nombre del deudor/es / Debtor's name  
*(titular/es de la cuenta de cargo)* \_\_\_\_\_

Dirección del deudor / Address of the debtor \_\_\_\_\_

Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town \_\_\_\_\_

País del deudor / Country of the debtor \_\_\_\_\_

Swift BIC / Swift BIC \_\_\_\_\_

Número de cuenta - IBAN / Account number - IBAN \_\_\_\_\_

En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando siempre por ES  
*Spanish IBAN of 24 positions always starting ES*

Tipo de pago: \_\_\_\_\_  
*Type of payment*

Pago recurrente      **o**       Pago único  
*Recurrent payment      or      One-off payment*

Fecha - Localidad: \_\_\_\_\_  
*Date - location in which you are signing*

Firma del deudor: \_\_\_\_\_  
*Signature of the debtor*

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.  
UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.  
LA ENTIDAD DE DEUDOR REQUIERE AUTORIZACIÓN DE ÉSTE PREVIA AL CARGO EN CUENTA DE LOS ADEUDOS DIRECTOS B2B.  
EL DEUDOR PODRÁ GESTIONAR DICHA AUTORIZACIÓN CON LOS MEDIOS QUE SU ENTIDAD PONGA A SU DISPOSICIÓN.  
*ALL GAPS ARE MANDATORY ONCE THIS MANDATE HAS BEEN SIGNED MUST BE SENT TO CREDITOR FOR STORAGE. NEVERTHELESS, THE BANK OF DEBTOR REQUIRES DEBTOR'S AUTHORIZATION BEFORE DEBITING B2B DIRECT DEBITS IN THE ACCOUNT. THE DEBTOR WILL BE ABLE TO MANAGE THE MENTIONED AUTHORIZATION THROUGH THE MEANS PROVIDED BY HIS BANK.*