Acción Formativa:	
F. Inicio:	
F. Fin:	
Tutor/a:	

*A cumplimentar por administración

Solicitud de Formación

Datos de la empresa

Razón social de la empresa _____CIF ☐☐☐☐☐☐☐☐

La empresa agrupada autoriza a ARATHAXO FORMACION, S.L. a domiciliar el coste de la formación impartida que haya sido objeto de bonificación en las cotizaciones a la seguridad social. El pago se efectuará el último día del mes siguiente a la de la impartición del curso, una vez practicada por parte de la empresa la correspondiente bonificación en las cotizaciones a la Seguridad Social. La empresa se compromete a abonar el coste de la formación en caso de que no pueda realizar la bonificación por no estar al corriente de pagos con la Seguridad Social, o por haber gastado su crédito de formación con otra entidad.

IBAN: ☐☐☐☐/☐☐☐☐/☐☐☐☐/☐☐/☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Persona de contacto en la empresa_____Cargo_____

Teléfono _____ E-mail _____

Nombre Asesoría _____ Teléfono _____

Trabajador que realiza la Formación

Nombre_____Apellidos_____

Fecha Nacimiento ____ /____ /_____ D.N.I. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Sexo: Varón ☐ Mujer ☐

Nº Seguridad Social ☐☐/☐☐☐☐☐☐☐☐-☐☐

Tlf. de contacto para la formación _____ email_____

Horario de Trabajo_____ Discapacidad No Si

GRUPO DE COTIZACIÓN
- ☐ 1. Ingenieros y Licenciados
- ☐ 2. Ingenieros Técnicos
- ☐ 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. Peones
- ☐ 11. Trabajadores menores de 18 años

NIVEL DE ESTUDIOS
- ☐ Sin estudios
- ☐ Estudios Primarios, EGB o equivalente
- ☐ F. P. Bachillerato o equivalente
- ☐ Diplomatura
- ☐ Licenciatura

CATEGORÍA
- ☐ Directivo
- ☐ Mando Intermedio
- ☐ Técnico
- ☐ Trabajador Cualificado
- ☐ Trabajador No Cualificado

AREA FUNCIONAL
- ☐ Dirección
- ☐ Administración
- ☐ Comercial
- ☐ Mantenimiento
- ☐ Producción

Marcar las casillas que más se puedan ajustar al puesto del trabajador

Curso Seleccionado

Curso: ☐☐☐☐☐☐ _____ Horas: ☐☐☐

En _____, a _____ de _____ de 201__.

El alumno

Fdo.:

El representante de la empresa

Fdo.:

Entidad Organizadora:
AraThaXo Formación, S.L.U.

Fdo.: Soledad Cabral Mo

Transcurridos siete días, desde la recepción del material, Arathaxo Formación S.L. no admite reclamaciones por ningún concepto.
En cumplimento da Ley 15/1999 de protección de datos de carácter personal, informamos que los datos personales que puedan constar en el presente documento están añadidos en un archivo automatizado titularidad de AraThaXo Formación, S.L. con la finalidad de tramitar, gestionar e impartir la formación continua bonificada ante os diferentes Organismos Públicos para a Formación y el Empleo; así como para poder ofrecerle nuestros productos y servicios. Podrán ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición enviando comunicación escrita a Calle Valle Inclán 2A Primera Planta en A Ramallosa-Nigrán 36.370 Pontevedra.