

Los datos de su empresa serán tratados de manera confidencial. Todos los datos solicitados en este impreso son necesarios para poder gestionar la participación de los trabajadores de su empresa en acciones formativas de la Fundación Tripartita.

DATOS DE LA EMPRESA

Razón Social C.I.F.

Dirección Población

Persona de contacto e-mail

Teléfono Fax Móvil

DATOS PARA LA BONIFICACIÓN DE COSTES DE FORMACIÓN

Los datos de este apartado deben ser los del año anterior al que está solicitando el alta.

Masa salarial de la empresa (o en su defecto certificado de haberes) euros

Total concepto de formación profesional euros Plantilla media

Nº de horas del convenio PYME SI NO Entidad de nueva creación SI NO

CNAE Grupo CNAE

Convenio de referencia

Cuenta de cotización de la seguridad social Existe RLT SI NO

He cumplido con el requisito de notificar a la representación legal de los trabajadores, o en caso de que no exista, a los trabajadores según lo dispuesto en el Real Decreto Legislativo 1/1995 del 24 de marzo. SI NO

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL*

Fecha de la solicitud

Nombre 1º Apellido

2º Apellido N .I.F. Letra

*Admito la inclusión de mis datos y los de la empresa en un fichero informático con la finalidad de poder recibir información sobre acciones formativas y participar en ellas; pudiendo en cualquier momento solicitar la baja en la misma o la modificación de mis datos según la Ley 34/2002 de julio. Ley 15/1999 del 13 de diciembre.

Firma representante legal
y sello de la empresa _____