

Solicitud de autorización de inicio de actividad formativa

Asesoría: _____ Tfno: _____

DATOS DE LA EMPRESA

Razón social: _____ CIF: _____

Responsable: _____ DNI: _____

Dirección: _____ CP: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Código CNAE: _____ Cuenta de cotización: _____

Nº trabajadores en plantilla: ____ Cuenta bancaria: _____

Centros de trabajo en varias CCAA: Si No

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre y apellidos: _____ DNI: _____

Fecha nacimiento: _____ Nº de SS: _____

Dirección: _____ CP: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Nacionalidad: _____ Discapacitado: Si No

Teléfono: _____ e-mail: _____

Nivel estudios (Adjuntar titulación): _____

Tutor legal (Si es menor de edad): _____ DNI: _____

DATOS DEL CONTRATO

Duración: _____ Fecha inicio: _____ Bonificado: Si No

Ocupación: _____

Convenio colectivo: _____ Jornada anual: _____
(Indicar nombre y código)

Horario trabajo: _____ Horario formación: _____

Dirección del centro de trabajo: _____

Tutor empresa: _____ DNI: _____

E-mail tutor: _____

Período de vacaciones: _____

Marcar si procede: Contrato específico de Garantía Juvenil