

FICHA DEL PARTICIPANTE ¹

DATOS DEL CURSO

DENOMINACIÓN DE LA ACCIÓN FORMATIVA:		
NÚMERO DE LA ACCIÓN FORMATIVA:	NÚMERO DEL GRUPO:	
FECHA DE INICIO:	FECHA DE FINALIZACIÓN:	MODALIDAD:

DATOS DEL PARTICIPANTE

APELLIDOS:		NOMBRE:	
N.I.F.:		Nº AFILIACIÓN S.S.:	
DIRECCIÓN:			C.P.:
POBLACIÓN:		PROVINCIA:	
TELÉFONO:		MAIL:	
FECHA NACIMIENTO:		SEXO: <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER	DISCAPACIDAD: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
ESTUDIOS	<input type="checkbox"/> SIN ESTUDIOS <input type="checkbox"/> ESTUDIOS PRIMARIOS, EGB O EQUIVALENTE <input type="checkbox"/> FP I, FP II, BACHILLERATO SUPERIOR, BUP O EQUIVALENTE	<input type="checkbox"/> ARQUITECTO TÉCNICO O INGENIERO TÉCNICO O DIPLOMADO <input type="checkbox"/> ARQUITECTO E INGENIERO SUPERIOR O LICENCIADO	
ÁREA FUNCIONAL	<input type="checkbox"/> DIRECCIÓN <input type="checkbox"/> ADMINISTRACIÓN <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> MANTENIMIENTO <input type="checkbox"/> PRODUCCIÓN	CATEGORÍA	<input type="checkbox"/> DIRECTIVO <input type="checkbox"/> MANDO INTERMEDIO <input type="checkbox"/> TÉCNICO <input type="checkbox"/> TRABAJADOR CUALIFICADO <input type="checkbox"/> TRABAJADOR CON BAJA CUALIFICACIÓN
GRUPO DE COTIZACIÓN ²:			

DATOS DE LA EMPRESA

RAZÓN SOCIAL:	C.I.F.:
DIRECCIÓN:	
C. P.:	POBLACIÓN:
PROVINCIA:	CUENTA DE COTIZACIÓN:

El interesado presta expresamente su consentimiento a que los datos personales que proporciona en el presente formulario sean incluidos en un fichero del que es titular la ASOLAN con la finalidad de la inscripción y participación del interesado en el curso elegido entre los organizados por esta entidad, así como para la correcta gestión, ejecución y justificación del mismo conforme a la normativa vigente, y para hacer llegar las comunicaciones relativas al curso respectivo. Dicha información será compartida únicamente con las entidades públicas y privadas que se encuentren relacionadas directamente con el cumplimiento de la mencionada finalidad. La negativa a facilitar los datos personales solicitados, o prestar el consentimiento antes indicado, impedirá que el interesado pueda inscribirse y participar en cualquiera de los cursos. Conforme a lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el interesado puede ejercitar, respecto de los mismos, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito, adjuntando fotocopia del D.N.I., a la dirección del responsable del fichero, ASOLAN, en Puerto del Carmen (35510) Calle Suiza, 15 – local 1, o por cualquier otro medio que permita acreditar la identidad del usuario que ejercite cualquiera de los anteriores derechos. En todo caso, los datos de carácter personal serán cancelados cuando hayan dejado de ser necesarios para la finalidad para la cual fueron recabados.

FECHA:

FIRMA DEL TRABAJADOR:

¹ TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGADA CUMPLIMENTACIÓN

² DEL 1 AL 11 SEGÚN NÓMINA