

ADHESION AL CONVENIO DE AGRUPACION DE EMPRESAS - FORMACION BONIFICADA

DATOS DE LA EMPRESA

RAZON SOCIAL _____ NIF _____

ACTIVIDAD _____

DIRECCION _____

TLF/S:

FIJO _____

MOVIL _____

REPRESENTANTE LEGAL: _____

DNI _____

PYME

SI

NO

PLANTILLA MEDIA AÑO ANTERIOR _____

FECHA DE CREACION _____

NOMBRE COMERCIAL _____

HORARIO _____

DIRECCION POSTAL _____

ASESORIA

NOMBRE ASESORIA _____

PERSONA CONTACTO _____

E-MAIL _____

TELEFONO _____

FAX _____

RLT - REPRESENTANTE LEGAL DE LOS TRABAJADORES

CUENTA CON RLT

SI

NO

NOMBRE Y APELLIDOS _____

DNI _____

En caso de disponer de RLT; como Representante Legal de los Trabajadores, emito informe FAVORABLE para que se lleve a cabo la formación continua de los trabajadores de la empresa, y para que así conste firmo a continuación:

ADHESION AL CONVENIO

DECLARA

Que conoce el Convenio de Agrupación de Empresas de ámbito estatal de fecha 31 de Mayo de 2010, suscrito entre la Entidad Organizadora , MAS BUSINESS ACCOUNTING SL. Que acepta las obligaciones y derechos, dispuestos en los artículos 5 y 17 de la ORDEN TAS 2307/2007 de 23 de Julio y se Adhiere al mismo a la firma de este documento. *Identificar la acción formativa en cuenta separada o epígrafe específico de su contabilidad bajo la denominación "Formación Profesional para el empleo", hallarse al corriente con sus obligaciones de pago frente a la Seguridad Social y Agencia Tributaria, someterse a actuaciones de seguimiento, comprobación y control.*

Por la presente AUTORIZO a MAS BUSINESS ACCOUNTING SL a proceder al cargo del citado concepto en mi cuenta:

ENTIDAD BANCARIA _____

NO. CUENTA (20 Dígs) _____

En _____, a _____ de _____ de _____

Firmado:

Representante Legal de la Empresa

Firmado:

MAS BUSINESS ACCOUNTING

De conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos, se le informa que los datos recogidos en este documento serán incorporados a un fichero informatizado, del cual es responsable MAS BUSINESS ACCOUNTING SL al objeto de proceder a comunicar a los organismos competentes las acciones formativas objeto del presente documento. Podrá ejercer sus derechos de oposición, acceso, rectificación o cancelación en la dirección CI Fernández Balsera número 29, cp 33400 Avilés, Asturias.

FICHA DEL ALUMNO

FORMACION

CURSO					HORAS		
OBJETIVOS							
MODALIDAD	PRESENCIAL	X	A DISTANCIA	X	ON-LINE		
					ON-LINE	X	
<i>En caso de ser presencial</i>							
DIRECCION DEL CENTRO							
TUTOR							
FECHA							
HORARIO							

DATOS DEL ALUMNO

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI/NIE		
NO AFILIACION (NISS)	E-MAIL		
TELEFONO	SEXO	V	M
DISCAPACIDAD (%)	F. NACIMIENTO		
EMPRESA	ANTIGÜEDAD		
PUESTO TRABAJO	DPTO		
CTA COTIZACION Eª	GRUPO COT		
NIVEL ESTUDIOS			

(sin estudios, primarios- EGB o equivalente, FP1/FP2 o equivalente, Bachillerato superior, diplomatura, licenciatura, otros)

CATEGORIA PROFESIONAL

DIRECCION	X	MANTENIMIENTO	X	CUALIFICADO	X
TECNICO	X	COMERCIAL	X	NO CUALIFICADO	X

GRUPO COTIZACION SEGURIDAD SOCIAL

Ingeniero/Licenciado	X	Ingeniero técnico/perito	X	Jefes administrativos	
		Ayudante titulado		Taller	x
Oficial Administrativo	X	Subalternos	X	Auxiliar admin.	x
Oficial 3ª especialista	X	Trabajador +18 no cualificado	X	Trabajador menor 18 años	x
Ayudante no titulado	X	Oficiales 1ª y 2ª	X		

Firmado:
EL ALUMNO

De conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos, se le informa que los datos recogidos en este documento serán incorporados a un fichero informatizado, del cual es responsable MAS BUSINESS ACCOUNTING SL al objeto de proceder a comunicar a los organismos competentes las acciones motivadas objeto del presente documento. Podrá ejercer sus derechos de oposición, acceso, rectificación o cancelación en la dirección CI Fernández Balsera número 29, cp 33400 Avilés, Asturias.