



# ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN Y CUALIFICACIÓN DE CANARIAS

Asesoría:   
CIF:  Contacto:   
Teléfono:  Fecha:

## 1 Datos de la empresa

Razón Social:  C.I.F.:   
Domicilio social:   
Población:  Provincia:  C.P.:   
Tfno:  Fax:  E-mail:   
Responsable legal:   
Cargo:  DNI:   
Dirección envíos:   
Población:  Provincia:  C.P.:   
Cuenta de cotización de formación:   
Nº de cuenta bancaria:   
Actividad económica:  CNAE:   
Dirección centro de trabajo:   
Población:  Provincia:  C.P.:

## 2 Datos del Trabajador

Nombre:  Apellidos:   
DNI/NIE:  Fecha nacimiento:   
NSS:  Nacionalidad:   
Discapacitado:  si  no  
Dirección:   
C.P.:  Población:  Provincia:   
Tutor legal (menor de 18 años):   
Parentesco:  DNI (tutor legal):

## 3 Datos del curso

Ocupación:   
Duración:   
Inicio:  Fin:   
Oficina de empleo:   
Horario de trabajo:   
Horario de formación: (10h)

## 4 Observaciones



A los efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y demás normativa de desarrollo, el abajo firmante autoriza la utilización de datos personales contenidos en el presente documento y su tratamiento informático para la gestión de la solicitud a que se refiere el mismo y en su caso para la ejecución del Plan Formativo y publicidad del mismo, tanto por parte de ESFOCC como por parte de la FUNDACIÓN ESTATAL PARA LA FORMACIÓN EN EL EMPLEO Y EL INEM.