

FICHA DE INSCRIPCIÓN PARA CURSOS DE FORMACIÓN PROGRAMADA

ENTIDAD EXTERNA: ATECMASID, S.L. Nº DE EXPEDIENTE: _____
 DENOMINACIÓN DEL CURSO: **Las GMP y la Validación de la limpieza en la Industria Farmacéutica, aplicación de análisis de riesgos 2024 S2**
 MODALIDAD: TELEFORMACIÓN HORAS: 100 PRECIO HORA: 7,5 €/h
 Nº ACCIÓN FORMATIVA: __ Nº GRUPO: _____ FECHA DE INICIO: 20/03/2024 FECHA DE FIN: 09/05/2024

DATOS DEL TRABAJADOR QUE REALIZA EL CURSO

NIF: _____ NOMBRE Y APELLIDOS: _____
 Nº AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL: _____ FECHA NACIMIENTO: _____ SEXO (V/M): _____
 DIRECCIÓN: _____ LOCALIDAD: _____
 PROVINCIA: _____ C.P.: _____ TELÉFONO: _____ MÓVIL: _____
 E-MAIL: _____ HORARIO LAB.: _____ DISCAPACIDAD: SÍ NO

GRUPO DE COTIZACIÓN

1. Ingenieros y Licenciados.
2. Ingenieros técnicos, peritos y ayudantes titulados.
3. Jefes administrativos y de taller.
4. Ayudantes no titulados.
5. Oficiales administrativos.
6. Subalternos.
7. Auxiliares administrativos.
8. Oficiales de primera y segunda.
9. Oficiales de tercera y especialistas.
10. Trabajadores mayores de 18 años no cualificados.
11. Trabajadores menores de 18 años

ESTUDIOS - FORMACIÓN

- | | |
|---|---|
| 1. Sin estudios. | 2. Ed. Primaria (ESO, Grad. Escolar) |
| 3. Ed. Secundaria (Bachillerato, BUP, FPI, FP II) | |
| 4. CP3 | 5. Tec. Sup. / FP superior y equivalentes |
| 6. E.Univ.1 (Diplom-Grados) | 7. E.Univ. 2 (Lic. - Máster) |
| 8. E.Univ.3 ciclo (Doctorado) | 9. Otras titulaciones |

GRUPO FUNCIONAL

- (DI) Directivo.
 (MI) Mando intermedio.
 (TE) Técnico.
 (TC) Trabaj. cualificado.
 (NC) Trabaj. no cualificado.

AREA FUNCIONAL

- (DI) Directivo.
 (AD) Administración.
] (CO) Comercial.
 (MN) Mantenimiento.
 (PR) Producción.

El alumno se compromete a que va a completar el 75% de las horas totales que contenga la Acción Formativa y realizar el 75% de los cuestionarios de Evaluación.

ENTIDAD DONDE TRABAJA ACTUALMENTE

RAZÓN SOCIAL: _____
 Nº. DE INSCRIPCIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL: _____ C.I.F.: _____
 DOMICILIO DEL CENTRO DE TRABAJO: _____
 LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____ C.P.: _____ TELÉFONO: _____

EL TRABAJADOR:

FDO.: _____
 (NOMBRE Y APELLIDOS)

FECHA: