

Nº de orden de la empresa:

ANEXO DE ADHESIÓN AL CONVENIO DE AGRUPACIÓN DE EMPRESAS

El/la abajo firmante, D/Dª: _____ con N.I.F. _____

Razón social de la empresa: _____

C.I.F. _____ Domicilio social: _____

Num.: _____ Población: _____ C.P.: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ email: _____

Convenio colectivo sectorial de referencia: _____

Actividad principal que desarrolla: _____ CNAE: _____

Nº Inscripción de la empresa en la Seguridad Social: _____ / _____

Estimación del montante de la Cuota de Formación Profesional a ingresar por la empresa:

Plantilla media anterior: _____ Empresa considerada Pyme: SI NO

Existe representante legal de los trabajadores: _____ Empresa de nueva creación: SI NO

¿Ha realizado formación bonificada durante este año con otra empresa? SI NO

Nº DE CUENTA: _____ ENTIDAD BANCARIA: _____

Asesoría de la empresa _____ Teléfono: _____

En su condición de Representante Legal de la empresa arriba indicada DECLARA:

Que posee capacidad suficiente para representar y comprometer frente a terceros, válidamente en derecho, la participación de la empresa en el presente Convenio.

Que al amparo de lo establecido en el artículo 17 de la Orden TAS/2307/2007 de 27 de julio, por la que se regula la financiación de las acciones de formación continua en las empresas, incluidos los permisos individuales de formación, conoce el Convenio de agrupación de empresas de fecha 01/01/2012 suscrito entre la entidad organizadora FORMACIÓN Y ASESORÍA INTEGRAL, S.L. y la/s empresa/s agrupada/s:

HIGIENE Y CALIDAD ALIMENTARIA S.L. y FORMACION Y ASESORIA INTEGRAL S.L.

Que aceptan las obligaciones y derechos que en dicho Convenio se contienen y se adhiere al mismo desde la fecha de la firma del presente documento., sabiendo que para poder aplicarse esta bonificación deben tener en cuenta lo siguiente:

- Los alumnos-trabajadores deben estar de alta en el momento de empezar el curso y haber cotizado en concepto de Formación Profesional.
- La empresa debe informar a la Representación Legal de los Trabajadores, en el caso de que exista.
- La empresa debe estar al corriente en sus obligaciones con la Seguridad Social.
- La empresa no pertenece a la Administración Pública.

Asimismo, declara que con fecha ____/____/201__ la empresa ha proporcionado la siguiente información del plan de Formación a los trabajadores de la empresa arriba reflejada:

Calendario de ejecución Medios pedagógicos Lugares de impartición

Colectivos a los que se dirige el plan Criterios de selección de los participantes

Otros: especificar

Título del curso _____ Horas presenciales _____ Horas distancia _____

Nombre y Apellidos	D.N.I.	Teléfono	Nº de Seg. Social	Fecha Nacimiento	1	2	3	4	5
Correo electrónico:									

(1) Discapacidad: **S/N**

(2) Categoría profesional: **DI** Dirección **MI** Mando Intermedio **TE** Técnico **TC** Trabajador cualificado
NC Trabajador no cualificado

(3) Area funcional: **DI** Dirección **AD** Administración **CO** Comercial **MN** Mantenimiento **PR** Producción

(4) Grupo de cotización TGSS: **01** Ingenieros y Licenciados **02** Ingenieros Técnicos **03** Jefes de Administración y
Taller **04** Ayudantes sin Título **05** Oficiales Administrativos **06** Subalternos **07** Auxiliares
administrativos **08** Oficiales de 1ª y 2ª **09** Oficiales de 3ª y especialistas **10** Trabajadores mayores de 18
años no cualificados **11** Trabajadores menores de 18 años.

(5) Nivel de estudios: **SI** sin estudios **EGB** Estudios primarios, EGB o equivalentes **FP/B** FP I, Bachillerato Sup.
BUP y equiv., FP II **IT/D** Arquitecto Técnico o Ingeniero Técnico, Diplomado **IS/L** Arquitecto o
Ingeniero Superior, Licenciado.

Representante legal de los trabajadores (Si existe debe emitir el presente informe)

D/Dña.: _____ con NIF: _____ como RLT y cargo sindical
certifico que ha recibido información de los trabajadores y emito informe favorable para que se lleve a cabo la presente
formación.

En _____, a _____ de _____ de 2012.

Formación y Asesoría Integral, S.L.
_____, a _____ de _____ 2012

Firmado:
Por la Entidad Organizadora
FORMACIÓN Y ASESORÍA INTEGRAL, S.L.

Firmado:
Por la empresa Adherida:
Representante legal de la empresa:

PROTECCIÓN DE DATOS: el cliente autoriza a Formación y Asesoría Integral, S.L. para incluir sus datos personales en los respectivos ficheros, así como a su utilización y tratamiento automatizado, o no, para la gestión y registro de las operaciones suscritas entre las partes. Asimismo autoriza, al margen de la relación contractual, el tratamiento de sus datos personales para el envío de ofertas comerciales y publicidad por cualquier medio (correspondencia, teléfono, fax, mailing o cualquier medio telemático). Si el cliente desea acceder, rectificar o cancelar sus datos en todo lo referente a la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, diríjase por carta o fax a: Formación y Asesoría Integral, S.L., Att.: Sr. Responsable de Seguridad, C/ Peña de Francia, nº 1 37007 Salamanca.