

Código de Empresa	
Crédito	

**Documento de adhesión al Contrato de encomienda de organización de la formación suscrito entre empresas al amparo del Real Decreto-ley 4/2015, de 22 de marzo, para la reforma urgente del Sistema de Formación Profesional para el Empleo en el ámbito laboral, suscrito entre MLG FORMACION y otras.**

CIF \_\_\_\_\_ Razón Social \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

Población \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Cta. Cotización: \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Convenio colectivo: \_\_\_\_\_ Plantilla: \_\_\_\_\_

Descripción actividad (CNAE): \_\_\_\_\_

¿ES PYME?  SI  NO

¿EXISTE REPRESENTANTE LEGAL DE LOS TRABAJADORES (SINDICATO)?  SI  NO

¿ESTÁ AL CORRIENTE CON LA SEGURIDAD SOCIAL Y HACIENDA?  SI  NO

**CUMPLIMENTAR EN EL CASO DE EMPRESAS DE NUEVA CREACIÓN (posterior a enero 2015)**

Fecha de creación   /   /    Plantilla

Don / Doña \_\_\_\_\_, con NIF \_\_\_\_\_, como

representante legal de la empresa \_\_\_\_\_, con CIF \_\_\_\_\_

y domiciliada en \_\_\_\_\_

(calle, municipio, provincia), circunstancia que se acredita mediante escritura: Fecha de la escritura \_\_\_\_\_, número

de protocolo \_\_\_\_\_ y ante qué notario \_\_\_\_\_

Asesoría Fiscal/Laboral: \_\_\_\_\_ Persona de Contacto: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

**DECLARA**

Que la empresa arriba indicada está interesada en su adhesión al contrato suscrito entre Málaga Formación y otras, como entidad externa y las empresas que en él se relacionan, para la organización de la formación programada en dichas empresas al amparo del Real Decreto-ley 4/2015, de 22 de marzo, para la reforma urgente del Sistema de Formación Profesional para el Empleo en el ámbito laboral.

Que conoce el contenido de las condiciones y obligaciones incluidas en el referido contrato.

Que por el presente documento acepta las obligaciones y derechos que en dicho contrato se contienen y se adhiere al mismo desde la fecha de su firma, momento en el que empezará a surgir sus efectos.

En Málaga a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015

**Por la empresas agrupada**

**Málaga Formación, S.L.**



Fdo. y sello de la empresa

Número Cuenta IBAN     -     -     -

Número de Pagos

## DATOS DEL TRABAJADOR/PARTICIPANTE

**IMPORTANTE: Recuerde que todos los campos son obligatorios.**

NIF: \_\_\_\_\_ NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

Nº AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL: \_\_\_\_\_ FECHA NACIMIENTO \_\_\_\_\_ SEXO (V/M) \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ MÓVIL \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

DISCAPACIDAD:  SÍ  NO GRUPO DE COTIZACIÓN \_\_\_\_\_

AFECTADOS/VÍCTIMAS TERRORISMO:  SÍ  NO DESCRIPCIÓN \_\_\_\_\_

AFECTADOS/VÍCTIMAS VIOLENCIA GÉNERO  SÍ  NO

### ESTUDIOS

SIN ESTUDIOS     ESTUDIOS PRIMARIOS     GRADUADO ESCOLAR     ESO     FPI  
 FPII     BUP/COU BACHILLERATO     DIPLOMATURA     LICENCIATURA

### ÁREA FUNCIONAL

DIRECCIÓN     ADMINISTRACIÓN     COMERCIAL     MANTENIMIENTO     PRODUCCIÓN

### CATEGORÍA PROFESIONAL

DIRECTIVO     MANDO INTERMEDIO     TÉCNICO     TRAB. CUALIFICADO     TRAB. NO CUALIFICADO

CÓDIGO CURSO: \_\_\_\_\_ DESCRIPCIÓN: \_\_\_\_\_

EL TRABAJADOR:

Representante Legal de los trabajadores<sup>1</sup> (Si Procede)

FDO.: \_\_\_\_\_

(NOMBRE Y APELLIDOS)

FDO.: \_\_\_\_\_

(NOMBRE Y APELLIDOS)

## DATOS DEL TRABAJADOR/PARTICIPANTE

**IMPORTANTE: Recuerde que todos los campos son obligatorios.**

NIF: \_\_\_\_\_ NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

Nº AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL: \_\_\_\_\_ FECHA NACIMIENTO \_\_\_\_\_ SEXO (V/M) \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ MÓVIL \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

DISCAPACIDAD:  SÍ  NO GRUPO DE COTIZACIÓN \_\_\_\_\_

AFECTADOS/VÍCTIMAS TERRORISMO:  SÍ  NO DESCRIPCIÓN \_\_\_\_\_

AFECTADOS/VÍCTIMAS VIOLENCIA GÉNERO  SÍ  NO

### ESTUDIOS

SIN ESTUDIOS     ESTUDIOS PRIMARIOS     GRADUADO ESCOLAR     ESO     FPI  
 FPII     BUP/COU BACHILLERATO     DIPLOMATURA     LICENCIATURA

### ÁREA FUNCIONAL

DIRECCIÓN     ADMINISTRACIÓN     COMERCIAL     MANTENIMIENTO     PRODUCCIÓN

### CATEGORÍA PROFESIONAL

DIRECTIVO     MANDO INTERMEDIO     TÉCNICO     TRAB. CUALIFICADO     TRAB. NO CUALIFICADO

CÓDIGO CURSO: \_\_\_\_\_ DESCRIPCIÓN: \_\_\_\_\_

EL TRABAJADOR:

Representante Legal de los trabajadores (Si Procede)

FDO.: \_\_\_\_\_

(NOMBRE Y APELLIDOS)

FDO.: \_\_\_\_\_

(NOMBRE Y APELLIDOS)

<sup>1</sup> Como Representante Legal de los Trabajadores, declaro conocer y aceptar la acción formativa, objetivos, colectivos destinatarios y número de participantes por acciones, calendario previsto de ejecución, medios pedagógicos, criterios de selección, lugar previsto de impartición, así como el balance de las acciones formativas desarrolladas en el ejercicio precedente.