



Acfor
Consulting S.L.



www.fundacionsocrates.es

Requisitos de inscripción curso

Para poder estar inscrito en un curso determinado, es necesario que se rellenen TODOS los datos y que se cumplimenten y firmen correctamente los documentos siguientes:

1. Original de ANEXO DE ADHESION AL PLAN DE FORMACION (Uno por empresa inscrita: Modelo FRM-01).
2. Ficha de la R.L.T. (Representación Legal de los Trabajadores) en caso de que la empresa disponga de Delegados o Comité (Modelo FRM-02 firmado)
3. Matrícula de inscripción del alumno (Una por alumno: Modelo FRM-03)
4. Compromiso de Pago de la Empresa. (Modelo FRM-04)
5. Fotocopia del **DNI** del alumno.
6. Fotocopia de la **Cabecera de la Nómina** (que se vea el grupo de cotización)

Estos documentos originales deberán ser remitidos por correo ordinario, adelantados por fax al 956 40 80 16, TOTALMENTE cumplimentados y firmados, a:

Fundación Sócrates

Attn: Ana Bermúdez López

C/Los Pueblos, Parcela 15-F Módulo 8-21

Polígono Industrial Pelagatos

11.130 Chiclana.

Cádiz

Una vez recibida la documentación, se remitirá a la empresa –y al tramitador- un documento de aceptación con los alumnos inscritos.

Cordiales saludos,

Atentamente: Ana Bermúdez López
Fundación Sócrates



ANEXO DE ADHESIÓN

AL CONVENIO DE AGRUPACIÓN DE EMPRESAS



DATOS DE LA EMPRESA PARTICIPANTE:

Razón Social de la Empresa: _____

C.I.F./N.I.F.: _____ C.C.C. SEG. SOC.: _____

Domicilio social: _____

Población: _____ Código Postal: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

Convenio Colectivo sectorial de referencia: _____

Actividad Principal que Desarrolla: _____ C.N.A.E.: _____

PLANTILLA MEDIA de la empresa durante el año 2011:

EMPRESA CONSIDERADA PYME: SI NO

EN CASO NEGATIVO INDICAR Nº DE TRABAJADORES PRIORITARIOS*:

*(son trabajadores prioritarios: mujeres, discapacitados, mayores de 45 años y no cualificados)

¿LA EMPRESA HA SIDO CONSTITUIDA DURANTE LOS AÑOS 2011 Ó 2012?

SI NO
En caso afirmativo indicar la fecha de constitución / /

¿EXISTE REPRESENTANTE LEGAL DE LOS TRABAJADORES EN LA EMPRESA?

SI NO

¿DISPONE LA EMPRESA DE MÁS DE UN CENTRO DE TRABAJO?

SI NO

DATOS DE LA ASESORÍA:

Razón Social: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

REPRESENTANTE

El abajo firmante, D/Dª _____ con N.I.F. _____ en su condición de Representante Legal de la empresa arriba indicada

DECLARA:

Que conoce el Convenio de Agrupación de Empresas*, de fecha 15 de Diciembre de 2011, suscrito entre la Entidad Organizadora FUNDACION SOCRATES y las empresas iniciales CENTRO DE ESTUDIOS SOCRATES S.L., ACFOR 2000 GESPRODE S.L. Y PROGRAMACIONES Y TECNOLOGIAS DEL MEDITERRANEO S.L., con el fin de gestionar de forma agrupada su formación continua, de conformidad con lo establecido en el artículo 16 del Real Decreto 395/2007 de 23 de marzo

Que acepta las obligaciones y derechos que en dicho convenio se contienen y se adhiere al mismo desde la fecha de la firma del presente documento autorizando expresamente a la entidad organizadora la realización de las consultas telemáticas necesarias para conocer el crédito de formación disponible por parte de la empresa y su posterior gestión.

3º.- Que queda informado de aspectos fundamentales a tener en cuenta para la aplicación de las bonificaciones:

- La empresa no puede pertenecer a la Administración Pública.
- La empresa no podrá aplicar bonificaciones por la participación de trabajadores autónomos.
- Los trabajadores participantes han de estar dados de alta por la empresa en la fecha de inicio de la formación, debiendo cotizar dichos trabajadores en concepto de formación profesional para poder posteriormente bonificar.
- La empresa ha de estar al corriente de pago en sus obligaciones con la Seguridad Social y Agencia Tributaria.

En _____, a _____ de _____ de 2012

Firma y Sello: (por la entidad organizadora) Firma y Sello: (por la empresa participante)

Fdo.: ANA BERMUDEZ LOPEZ

FDO.:

COMUNICACIÓN A LA R.L.T. DE INICIO DE ACCIÓN FORMATIVA:

Si **NO** tiene Representante Sindical, **NO** hace falta rellenar esta hoja.

DATOS DE LA EMPRESA:

RAZON SOCIAL:	
C.I.F.:	
DIRECCIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO:	
LOCALIDAD DEL CENTRO DE TRABAJO:	
COD.POSTAL DEL CENTRO DE TRABAJO:	

DATOS DE LA REPRESENTACIÓN SINDICAL:

APELLIDOS Y NOMBRE:	
N.I.F.:	
CARGO SINDICAL:	
SINDICATO AL QUE REPRESENTA:	

DATOS DEL CURSO:

DENOMINACIÓN:	
---------------	--

La Representación Legal de los Trabajadores arriba identificada, perteneciente al centro de trabajo que arriba se indica, declara recibir a la fecha que figura al final de este documento, la siguiente información en relación al comienzo de ejecución de acciones formativas por parte de la empresa, en cumplimiento del requisito de información a la RLTO obligatorio según lo dispuesto en el Real Decreto 395/2007 y la Orden TAS 2307/2007 que regula la financiación de las Acciones de Formación Continua en las empresas:

- Denominación y objetivos de las acciones formativas a desarrollar.
- Colectivos destinatarios y número de participantes por acción.
- Calendario previsto de ejecución.
- Medios pedagógicos.
- Criterios de selección de participantes.
- Lugar previsto de impartición de acciones.
- Balance de acciones formativas realizadas en el ejercicio presente

En cumplimiento de lo dispuesto en el Real Decreto 395/2007 y la Orden TAS 2307/2007 que regula la financiación de las Acciones de Formación Continua en las empresas, la R.L.T. dispone de un plazo de 15 días hábiles para emitir el informe (favorable o desfavorable) transcurrido el cual se entenderá cumplimentado dicho requisito por parte de la empresa. Toda la información del curso está en www.fundacionsocrates.es

Y emito el siguiente informe:

FAVORABLE	X
DESFAVORABLE	

En _____, a _____ de _____ de 2012

Fdo:

(El representante legal de los trabajadores)

Matrícula para las Acciones Formativas de Formación Continua (FRM-03)

DATOS DE LA EMPRESA

Razón social:			
C.I.F./N.I.F.:		Teléfono:	

DATOS DE LA ACCION FORMATIVA

Denominación: _____	Nº de horas: _____
Modalidad/Precio por hora: <input type="checkbox"/> Distancia/5.5€ <input type="checkbox"/> On-Line/7.5€ (Orden TAS/2307/2007 del 27 Julio 2007)	
Coste de la Acción Formativa (a bonificar en los Seguros Sociales por la Empresa participante): ____ €	

DATOS DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA ACCION FORMATIVA

Nombre y apellidos:	DNI:	
Fecha de nacimiento:	Teléfono:	E-mail:
Nº de la Seguridad Social:	Grupo de Cotización:	
Observaciones:		
Nivel de estudios (Marcar el que corresponda):		
(GE) Graduado Escolar (FP) Formación Profesional (BUP) Bachiller (D) Diplomado (L) Licenciado		
Categoría:		
(DI) Directivo (MI) Mando Intermedio (TE) Técnico (TC) Trabajador cualificado (NC) Trab. no cualificado		
Área Funcional:		
(DI) Dirección (AD) Administración (CO) Comercial (MN) Mantenimiento (PR) Producción		

El/la abajo firmante con DNI: _____, en su condición de representante legal de la empresa arriba indicada **DECLARA:**

Que todos los datos anteriores son ciertos y solicita que se realice la formación descrita, bonificándose con cargo a la cotización a la Seguridad Social de la empresa referenciada. Asimismo autorizo a la Entidad Organizadora a practicar la cofinanciación privada correspondiente y a que se domicilie el coste de la formación en la cuenta bancaria.

En _____ a _____ de _____ de 2012

Conforme Alumno,

Conforme Empresa,

Conforme Entidad Impartidora,

(Firma del trabajador)

(Firma y sello)

Fdo:

*Si no desea continuar con su inscripción en el curso referenciado, tiene un plazo de **3 días**, una vez recibido el material del mismo, para devolverlo. En caso contrario, consideraremos como válida la inscripción al mismo. Si el alumno no finaliza la acción formativa, (**envío de la prueba final obligatoria**), Fundación Sócrates procederá a facturar su importe sin que se pueda bonificar (deducir) dicha factura de la Seguridad Social.

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 normativas de desarrollo, el abajo firmante autoriza la utilización de los datos personales contenidos en el presente documento y su tratamiento informático, para la ejecución del Plan Formativo tanto por parte de la Entidad Organizadora como de la Fundación Estatal para la Formación en el Empleo y el INEM o cualquiera otras personas o entidades relacionadas con dicho Plan.

COMPROMISO DE DOMICILIACION Y PAGO DE LA EMPRESA

PAGO FINANCIADO AVALADO POR LA EMPRESA ANEXADA:

Por el presente documento, la empresa participante, representada por D..... con DNI acepta la financiación del curso a través de las cuotas de Formación Profesional de la Seguridad Social, comprometiéndose al abono integro de su importe.

Así mismo, ambas partes, trabajador y empresa, declaran que entienden y aceptan las siguientes normas:

Si el alumno no finaliza el curso en el que se ha matriculado, en el periodo legalmente establecido, tras su comunicación a la FTFE, su empresa,..... con CIF..... queda informada que no podrá bonificarse el importe del curso, circunstancia que no libera a la referida empresa del pago del importe total de la formación a la entidad con quien se haya formalizado la matrícula anexa.

Del mismo modo, con el objeto de evitar que la empresa participante, por error o desconocimiento, pueda gastar la cuota de formación profesional en otro Plan Agrupado -y quede sin financiación el curso matriculado al presente-, sin nuestro conocimiento; se compromete a comunicar cualquier otra participación en otros planes de formación a Fundación Sócrates, debiendo obtener el visto bueno de ésta, por escrito, para tal efecto.

FECHA DE PAGO: (seleccionar la que proceda)

- Se estructura en dos pagos: 50% antes de iniciar el curso y 50% restante dentro de los 30 días posteriores a la recepción de factura.
- Se abonará el 100% al comenzar la formación contratada.
- Otra forma de pago: _____

NUESTRA FACTURA SE PODRÁ DESCONTAR DE LOS SEGUROS SOCIALES UNA VEZ LE SEA COMUNICADA Y REMITIDA AL CORREO ELECTRÓNICO:

DOMICILIACION DEL PAGO

Domiciliación:

Yo, _____, con DNI _____, en mi calidad de Administrador o Representante legal de la empresa _____ he leído y acepto los términos del presente documento. (Especificar si es otro cargo: _____)
Dirección de la empresa: _____
Dirección de sede social: _____
Teléfonos: _____ Móvil: _____ E-mail: _____
Lugar y fecha: _____

Firma del representante legal:
.....

- Notas:**
1. En caso de incumplimiento se devengará, a partir del día siguiente a la emisión de la factura, un interés de demora equivalente al tipo legal fijado por el Banco de España, más 7 puntos.
 2. Si el impago genera costes o gastos, los mismos serán abonados, en cualquier caso, por el cliente.
 3. El presente documento deberá ir firmado y sellado por el administrador o representante legal de la empresa participante.