

## SOLICITUD DE PIF

### DATOS DE LA EMPRESA AGRUPADA

COMERCIAL: \_\_\_\_\_ ASESORÍA DE LA EMPRESA: \_\_\_\_\_  
 CIF EMPRESA: \_\_\_\_\_ RAZÓN SOCIAL: \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN DE ENVÍO DEL MATERIAL: \_\_\_\_\_  
 LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL CURSO

DENOMINACIÓN: \_\_\_\_\_ HORAS: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL TRABAJADOR/A QUE REALIZA EL CURSO

APELLIDOS Y NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 NIF: \_\_\_\_\_ Nº SEGURIDAD SOCIAL: \_\_\_\_\_ FECHA NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
 MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_  
 TELEFONO: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ MAIL: \_\_\_\_\_  
 SEXO: H  M  CÓD. CTA. COTIZACIÓN EMPRESA PARA ESTE TRABAJADOR: \_\_\_\_\_  
 DISCAPACIDAD: SI  NO

CATEGORIA PROFESIONAL	AREA FUNCIONAL
<input type="checkbox"/> Directivo	<input type="checkbox"/> Dirección
<input type="checkbox"/> Mando Intermedio	<input type="checkbox"/> Administración
<input type="checkbox"/> Técnico	<input type="checkbox"/> Comercial
<input type="checkbox"/> Trabajador Cualificado	<input type="checkbox"/> Mantenimiento
<input type="checkbox"/> Trabajador No Cualificado	<input type="checkbox"/> Producción

COLECTIVO
<input type="checkbox"/> Régimen General
<input type="checkbox"/> Fijo Discontinuo
<input type="checkbox"/> Autónomo
<input type="checkbox"/> Régimen agrario
<input type="checkbox"/> Otros:.....

### COSTES SALARIALES DEL TRABAJADOR

TIPO CONTRATO: \_\_\_\_\_ Nº HORAS JORNADA LABORAL: \_\_\_\_\_  
 HORARIO LABORAL: \_\_\_\_\_ Nº HORAS ANUALES SEGÚN CONVENIO: \_\_\_\_\_  
 SALARIO BRUTO ANUAL: \_\_\_\_\_

Este documento tiene que venir acompañado de la **Nómina del trabajador** que va a realizar el PIF. Todo trabajador que va a solicitar el PIF tiene que estar dado de alta en Régimen General cotizando por formación profesional, siendo por tanto trabajador asalariado por cuenta ajena. La empresa asegura que los datos aquí reflejados son ciertos.

### SOLICITUD DE FORMACIÓN

Don/Doña: \_\_\_\_\_, con NIF \_\_\_\_\_, como Representante Legal de la empresa certifico que todos los datos anteriores son ciertos y solicito que se realice la formación descrita, bonificándose, en caso de disponer de crédito, en la cotización a la Seguridad Social. Asimismo, autorizo a la Entidad Organizadora a practicar la cofinanciación privada correspondiente y a que se domicilie el coste de la formación en la siguiente cuenta bancaria. **Importe** \_\_\_\_\_ €. **Forma de Pago** \_\_\_\_\_

ENTIDAD	SUCURSAL	D.C.	Nº CUENTA

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

**Conforme Alumno,**

**Conforme Empresa,**

**Conforme GESCOPREN FORMACIÓN, S.L.**

