



La cumplimentación del presente formulario implica el consentimiento expreso del usuario a recibir información de carácter comercial, a la inclusión de sus datos de carácter personal en un fichero automatizado propiedad de Audiolis Certificados de Profesionalidad, S.L., y a ser cedidos a empresas relacionadas con dicha formación. La recogida y tratamiento automatizado de Datos de Carácter Personal tiene como finalidad gestionar la presente solicitud y la formación aparejada a la misma. Asimismo le informamos de que puede ejercitar, en cualquier momento que lo desee, los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de sus datos de acuerdo con la legislación vigente, a través de la dirección de correo electrónico: protecciondatos@audiolis.com y/o, enviando un escrito al Responsable del Fichero, Audiolis, con domicilio en C/ Cueva de Viera 2A, Centro de Negocios CADI Planta 3ª Local 5, Polígono Industrial, 29200 Antequera (MÁLAGA). Para resolver cualquier cuestión derivada del presente contrato, las partes se someten expresamente a los Tribunales de Antequera, con renuncia del fuero propio

Matrícula para cursos de formación continua

Una vez cumplimentada, enviar al fax gratuito 900 55 55 52

Datos de la empresa agrupada

C.I.F.: RAZÓN SOCIAL: _____
 DIRECCIÓN DE ENVÍO DEL MATERIAL: _____
 LOCALIDAD: _____ C.P.: PROVINCIA: _____

Datos del curso

DENOMINACIÓN: _____ HORAS: _____
 MODALIDAD: On-line (7,5 euros/hora)

Datos del trabajador que realiza el curso

NOTA: El trabajador no podrá ser autónomo y deberá estar de alta en la empresa al inicio del curso.


APellidos y nombre: _____
 SEXO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: / / N° SEG. SOCIAL: /
 CÓDIGO DE CUENTA DE COTIZACIÓN DE LA EMPRESA PARA ESTE TRABAJADOR: /
 D.N.I.: / DOMICILIO: _____
 LOCALIDAD: _____ C.P.: PROVINCIA: _____
 TELÉFONO: CORREO ELECTRÓNICO: _____
 HORARIO LABORAL: : a : y : a : L M X J V S D
 DISCAPACIDAD: Sí No
 AFECTADOS/VÍCTIMAS TERRORISMO: Sí No
 AFECTADOS/VÍCTIMAS VIOLENCIA GÉNERO: Sí No
 PUESTO DE TRABAJO: _____

GRUPO DE COTIZACIÓN	NIVEL DE ESTUDIOS	CATEGORÍA	ÁREA FUNCIONAL
<input type="checkbox"/> 1.- Ingenieros y Licenciados.	<input type="checkbox"/> 7.- Aux. administrativ.	<input type="checkbox"/> Sin estudios	<input type="checkbox"/> Dirección
<input type="checkbox"/> 2.- Ingenieros técnicos .	<input type="checkbox"/> 8.- Oficiales de 1ª y 2ª .	<input type="checkbox"/> Primarios	<input type="checkbox"/> Administración
<input type="checkbox"/> 3.- Jefes Admin./Taller.	<input type="checkbox"/> 9.- Oficial. de 3ª y espec.	<input type="checkbox"/> Bachillerato/FP	<input type="checkbox"/> Comercial
<input type="checkbox"/> 4.- Ayudantes no titulados.	<input type="checkbox"/> 10.- Peones.	<input type="checkbox"/> Diplomatura	<input type="checkbox"/> Mantenimiento
<input type="checkbox"/> 5.- Oficiales administrativ.	<input type="checkbox"/> 11.- Menores de 18 años.	<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Producción
<input type="checkbox"/> 6.- Subalternos.		<input type="checkbox"/> Trabajador no cualificado	

Solicitud de formación

Don/Doña: _____
 con N.I.F.: / , como Representante Legal de la empresa arriba indicada, certifico que todos los datos anteriores son ciertos y solicito que se realice la formación descrita, **BONIFICÁNDOME, 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.

En _____ a _____ de _____ de 20__

El alumno Fdo. _____	Representante legal de la empresa/ administrador/apoderado Fdo. _____ ("He leído en el reverso las obligaciones a las que se comprometo mi empresa")	Entidad Organizadora "Audiolis Certificados de Profesionalidad, S.L."  Audiolis SERVICIOS DE FORMACIÓN Fdo. Sofía Sánchez Franco
------------------------------------	---	--

* Tras la recepción de las claves de acceso a la plataforma, dispondrá de un plazo único de tres días para su cancelación. A partir de este momento, la inscripción se considerará válida, y si el alumno no finaliza la acción formativa, (asistiendo de forma gradual al 75 por ciento del contenido como mínimo y realizando la prueba de evaluación), "Audiolis Certificados de Profesionalidad S.L." facturará el importe del curso, sin que la empresa pueda deducir su coste de los Seguros Sociales.



OBLIGACIONES DE LAS EMPRESAS BENEFICIARIAS

1. Identificar en cuenta separada o epígrafe específico de su contabilidad, bajo la denominación de “formación profesional para el empleo”, todos los gastos, pagos y bonificaciones de las acciones formativas.
2. Someterse a las actuaciones de comprobación, seguimiento y control de las administraciones competentes.
3. Durante un período mínimo de 4 años, las empresas deberán mantener a disposición de los órganos de control competentes la documentación justificativa de la formación por la que hayan disfrutado de bonificaciones en las cotizaciones a la Seguridad Social. En el caso de acciones cofinanciadas por el Fondo Social Europeo, la documentación deberá mantenerse a disposición de los órganos de control, tanto nacionales como comunitarios, conforme a lo que establezca la normativa comunitaria.
4. Garantizar la gratuidad de las acciones.
5. Hallarse la empresa al corriente de pago frente a la Agencia Tributaria y Seguridad Social.
6. Garantizar que el trabajador esté de alta en la empresa en la fecha de inicio de la acción formativa y que éste ha cotizado por Formación Profesional, por lo tanto, los trabajadores autónomos no pueden ser beneficiarios de esta formación.
7. Garantizar que los datos suministrados para la comunicación de las acciones formativas son correctos.
8. Aplicar la bonificación sólo cuando Audiolis haya comunicado la finalización de la formación. El plazo para aplicarlas, así como el del pago de la formación concluye antes del último día hábil de presentación del boletín de cotización correspondiente al mes de diciembre del ejercicio económico.
9. Informar a la Representación Legal de los Trabajadores, en el caso de que exista, de acuerdo con el procedimiento señalado en el artículo 15 del Real Decreto 395/2007.
10. Velar para que el trabajador realice la formación de manera progresiva, interactuando con el tutor y realizando las pruebas de evaluación a la finalización del curso. En el caso de no realizarlo así, la empresa no tendrá derecho a practicar la bonificación.
11. Velar para que trabajador alcance, al menos, el 75 por ciento contenido y hayan realizado, al menos, el 75 por ciento de los controles periódicos de seguimiento de su aprendizaje.
12. La formación recibida debe guardar relación con la actividad empresarial.
13. Las empresas beneficiarias no pueden pertenecer a ninguna Administración Pública.
14. Las empresas autorizarán al Departamento Jurídico de Audiolis a realizar todos los trámites necesarios para poder alegar, ante los organismos oportunos, los eventuales expedientes de conciliación que pudieran producirse.



La cumplimentación del presente formulario implica el consentimiento expreso del usuario a recibir información de carácter comercial, a la inclusión de sus datos de carácter personal en un fichero automatizado propiedad de "Audiolis, Certificados de Profesionalidad, S.L." y a ser cedidos a empresas relacionadas con dicha formación. La recogida y tratamiento automatizado de Datos de Carácter Personal tiene como finalidad gestionar la presente solicitud y la formación aparejada a la misma. Asimismo le informamos de que puede ejercitar, en el momento que lo desee, los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de sus datos de acuerdo con la legislación vigente, a través de la dirección de correo electrónico: protecciondatos@audiolis.com y/o, enviando un escrito al Responsable del Fichero, Audiolis, Certificados de Profesionalidad, S.L., con domicilio en C/ Cueva de Viera 2A, Centro de Negocios CADi Planta 3ª Local 5, Polígono Industrial, 29200 Antequera (MÁLAGA). Para resolver cualquier cuestión derivada del presente contrato, las partes se someten expresamente a los Tribunales de Antequera, con renuncia del fuero propio

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA B2B

SEPA Business-to-Business Direct Debit Mandate

A cumplimentar por el acreedor

To be completed by the creditor

Referencia de la orden de domiciliación / Mandate reference

Identificador del acreedor / Creditor Identifier

Nombre del acreedor / Creditor's name

Dirección / Address

Código Postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town

País / Country

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Esta orden de domiciliación está prevista para operaciones exclusivamente entre empresas y/o autónomos. El deudor no tiene derecho a que su entidad le reembolse una vez que se haya realizado el cargo en cuenta, pero puede solicitar a su entidad que no efectúe el adeudo en la cuenta hasta la fecha debida. Podrá obtener información detallada del procedimiento en su entidad financiera.

By signing this mandate form, you authorize (A) {NAME OF CREDITOR} to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from {NAME OF CREDITOR}. This mandate is only intended for business-to-business transactions. You are not entitled to a refund from your bank after your account has been debited, but you are entitled to request your bank not to debit your account up until the day on which the payment is due. Please contact your bank for detailed procedures in such a case.

A cumplimentar por el deudor

To be completed by the debtor

Nombre del deudor/es / Debtor's name (titular/es de la cuenta de cargo)

Dirección del deudor / Address of the debtor

Código Postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town

País del deudor / Country of the debtor

CIF del deudor / CIF of the debtor

Swift BIC / Swift BIC

Número de cuenta - IBAN / Account number - IBAN

En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando siempre por ES

Spanish IBAN of 24 positions always starting ES

Tipo de pago / Type of payment:

Pago recurrente / Recurrent payment

o / or

Pago único / One-off payment

Fecha - Localidad / Date - Location in which you are signing

Firma del deudor / Signature of the debtor

AUTORIZO el cobro de los recibos que serán presentados por la Entidad Organizadora "Audiolis, Certificados de Profesionalidad, S.L.", para el pago de las acciones formativas contratadas y el envío de las facturas a la siguiente dirección de e-mail _____.

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.

UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.

LA ENTIDAD DE DEUDOR REQUIERE AUTORIZACIÓN DE ÉSTE PREVIA AL CARGO EN CUENTA DE LOS ADEUDOS DIRECTOS B2B.

EL DEUDOR PODRÁ GESTIONAR DICHA AUTORIZACIÓN CON LOS MEDIOS QUE SU ENTIDAD PONGA A SU DISPOSICIÓN.

ALL GAPS ARE MANDATORY. ONCE THIS MANDATE HAS BEEN SIGNED MUST BE SENT TO CREDITOR FOR STORAGE. NEVERTHELESS, THE BANK OF DEBTOR REQUIRES DEBTOR'S AUTHORIZATION BEFORE DEBITING B2B DIRECT DEBITS IN THE ACCOUNT. THE DEBTOR WILL BE ABLE TO MANAGE THE MENTIONED AUTHORIZATION THROUGH THE MEANS PROVIDED BY HIS BANK.



La cumplimentación del presente formulario implica el consentimiento expreso del usuario a recibir información de carácter comercial, a la inclusión de sus datos de carácter personal en un fichero automatizado propiedad de "Audiolís, Certificados de Profesionalidad, S.L." y a ser cedidos a empresas relacionadas con dicha formación. La recogida y tratamiento automatizado de Datos de Carácter Personal tiene como finalidad gestionar la presente solicitud y la formación aparejada a la misma. Asimismo le informamos de que puede ejercitar, en el momento que lo desee, los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de sus datos de acuerdo con la legislación vigente, a través de la dirección de correo electrónico: protecciondatos@audiolis.com y/o, enviando un escrito al Responsable del Fichero, Audiolís, Certificados de Profesionalidad, S.L., con domicilio en C/ Cueva de Viera 2A, Centro de Negocios CAD1 Planta 3ª Local 5, Polígono Industrial, 29200 Antequera (MÁLAGA). Para resolver cualquier cuestión derivada del presente contrato, las partes se someten expresamente a los Tribunales de Antequera, con renuncia del fuero propio

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA

SEPA Direct Debit Mandate

A cumplimentar por el acreedor

To be completed by the creditor

Referencia de la orden de domiciliación / Mandate reference

Identificador del acreedor / Creditor Identifier

Nombre del acreedor / Creditor's name

Dirección / Address

Código Postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town

País / Country

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener más información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

By signing this mandate form, you authorize (A) the Creditor to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the Creditor. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within eight weeks starting from the date on which your account was debited. Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank.

A cumplimentar por el deudor

To be completed by the debtor

Nombre del deudor/es / Debtor's name (titular/es de la cuenta de cargo)

Dirección del deudor / Address of the debtor

Código Postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town

País del deudor / Country of the debtor

CIF del deudor / CIF of the debtor

Swift BIC (puede contener 8 u 11 posiciones) / Swift BIC (up to 8 or 11 characters)

Número de cuenta - IBAN / Account number - IBAN

En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando siempre por ES

Spanish IBAN of 24 positions always starting ES

Tipo de pago / Type of payment:

Pago recurrente / Recurrent payment

o / or

Pago único / One-off payment

Fecha - Localidad / Date - Location in which you are signing

Firma del deudor / Signature of the debtor

AUTORIZO el cobro de los recibos que serán presentados por la Entidad Organizadora "Audiolís, Certificados de Profesionalidad, S.L.", para el pago de las acciones formativas y al envío de las facturas a la siguiente dirección de e-mail _____

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.

UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.

ALL GAPS ARE MANDATORY. ONCE THIS MANDATE HAS BEEN SIGNED MUST BE SENT TO CREDITOR FOR STORAGE.