FORMULARIO

FECHA:

CONTRATO DE FORMACIÓN EN ALTERNANCIA

DATOS DE LA EMPRESA

RAZÓN SOCIAL/ TITULAR JURÍDICO:	CIF/ NIF:
D./ DÑA.: REPRESENTANTE LEGAL	NIF/NIE:
EN CONCEPTO DE:	
DOMICILIO SOCIAL:	PAÍS.:
MUNICIPIO: / PROVINCIA:	C.P.:
DIRECCIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO:	PAÍS.:
LOCALIDAD: / PROVINCIA:	C.P.:
PERSONA DE CONTACTO:	
MÓVIL:	EMAIL:
TUTOR LABORAL:	DNI:
CUALIFICACIÓN PROFESIONAL:	
ACTIVIDAD ECONÓMICA:	
CONVENIO COLECTIVO:	
HORAS CONVENIO: / Nº DE TRABAJADORES:	CCC:

Nº DE CUENTA

IBAN	Entidad	Oficina	DC	Nº de cuenta

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE Y APELLIDOS:	NIF/NIE:
NIVEL FORMATIVO :	Nº. S.S.:
MUNICIPIO: / NACIONALIDAD:	PAÍS.:
FECHA NACIMIENTO: / EMAIL :	TFNO.:
OTRAS SITUACIONES DE LA PERSONA A CONTRATAR: Discapacidad ☐ Riesgo Exclusión ☐ Garantía Juvenil ☐	
REPRESENTANTE LEGAL: (SI ES MENOR DE 18 AÑOS)	NIF/NIE:

FORMULARIO

FECHA:

CONTRATO DE FORMACIÓN EN ALTERNANCIA

DATOS DEL CONTRATO

OCUPACIÓN (C.N.O.)[1]:

GRUPO PROFESIONAL:
(10 u 11 SI ES MENOR DE 18 AÑOS)

FECHA INICIO[2]:

DURACIÓN[3] (3, 12 ó 24 meses):

HORARIO DE TRABAJO
1ER AÑO (26 H. SEMANAS):

HORARIO DE FORMACIÓN
1ER AÑO (14 H, SEMANAS):

HORARIO DE TRABAJO
2ER AÑO (34 H. SEMANAS):

HORARIO DE FORMACIÓN
2ER AÑO (6 H. SEMANAS):

FECHA PREVISTAS VACACIONES:

1: Consultar nuestro catálogo de ocupaciones en www.plataformacontratos.com
2: Esta solicitud debe ir acompañada con el modelo de alta TA.2 de Seguridad Social.
3: Se pueden celebrar por 3 meses, 12 meses o 24 meses. Recomendamos celebrar los contratos por el tiempo máximo disponible (24 meses) y como mínimo de 12 meses. En contratos de 3 meses, pendientes del desarrollo reglamentario, por el momento no podemos garantizar que se puedan formalizar las prórrogas.

◉ **PARA LA FORMACIÓN EN ALTERNANCIA ORDINARIO**

○ SIN BONIFICACIÓN DE CUOTAS A LA SEGURIDAD SOCIAL

CÓDIGO DE CONTRATO

◉ Tiempo completo	4	2	1
○ Tiempo parcial	5	2	1

○ CON BONIFICACIÓN DE CUOTAS A LA SEGURIDAD SOCIAL

CÓDIGO DE CONTRATO

◉ Tiempo completo	4	5	0
○ Tiempo parcial	5	5	0

○ CON BONIFICACIÓN DE CUOTAS A LA SEGURIDAD SOCIAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

CÓDIGO DE CONTRATO

◉ Tiempo completo	4	5	0
○ Tiempo parcial	5	5	0

FORMULARIO

FECHA:

CONTRATO DE FORMACIÓN EN ALTERNANCIA

D./DÑA.:_____ con DNI: _____como representante legal de la empresa_____con CIF_____ , sita en_____ C.P. _____.

1. EXPONE:

Se solicita al centro System Centros de Formación S.L. que imparta la formación vinculada al contrato de formación en alternancia de:

D./DÑA.:_____con DNI: _____

2. SE COMPROMETE:

A abonar mensualmente a System Centros de Formación S.L. los recibos correspondientes a la formación que se pasarán los días 1 de cada mes.

A enviar al centro inscrito/acreditado System Centros de Formación S.L. la siguiente documentación cumplimentada y firmada como máximo en 7 días desde la celebración del contrato:

Firmado en _____ a _____de _____de 20____

D./DÑA.:_____con DNI: _____

SYSTEM CENTROS DE FORMACION S.L. con CIF B41273392 responsable del tratamiento informa, de conformidad con lo establecido en el REGLAMENTO (UE) 2016/679, que su correo electrónico así como otros datos de carácter personal son tratados con la finalidad de mantener un canal de comunicación electrónica con usted y poder atender cualquier información, duda, petición o consulta que precise por esta misma vía. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, limitación de tratamiento, supresión, portabilidad y oposición al tratamiento de sus datos de carácter personal así como revocar los consentimientos que en su caso haya prestado u obtener más información, dirigiendo su petición a tecnico@lopdsolutions.com.