



G CONSELLERIA
O EDUCACIÓ
I I UNIVERSITAT
B DIRECCIÓ GENERAL
/ FORMACIÓ
PROFESSIONAL
I FORMACIÓ
PROFESSORAT

FORMACIÓ PROFESIONAL DUAL CURSO 2017-2018

PROPUESTA DE IDONEIDAD DE EMPRESA

Datos personales del solicitante

Nombre:	Apellidos:	DNI:
Dirección, núm. y piso(*):	Municipio y localidad(*):	CP(*):
Tel.1: Tel.2:	E-mail:	
País de nacimiento:	Nacionalidad:	Fecha de nacimiento:
Nombre y apellidos del padre/madre/tutor legal	Nacionalidad: DNI:	Tel.1: Tel.2:

(* Si se es solicitante menor de 18 años, se ha de rellenar con los datos del padre/madre/tutor legal.

Todos estos datos quedan protegidos en aplicación de la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal

Ciclo formativo que quiere cursar:

Datos de la empresa colaboradora

Nombre de la empresa:	CIF:	Sector económico:
Actividad principal:		
Dirección, núm. y piso(*):	Municipio y localidad(*):	CP(*):
Persona responsable de la empresa colaboradora:	Cargo:	Teléfono:
E-mail:		

Fecha de presentación:

Firma de la persona solicitante o, si es menor de edad, del padre/madre/tutor legal	Firma y sello de la empresa colaboradora
---	--

Los sobre firmantes manifiestan su conformidad en la participación en los programas formativos de formación profesional del sistema educativo que se han de impartir, con carácter experimental durante el curso escolar 2015-2016, en la modalidad en alternancia con la actividad en la empresa, llamada formación profesional dual.

Conformidad del centro educativo