



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

FORMACIÓ PROFESIONAL DUAL CURSO 2018-2019

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 durante el curso escolar 2018-2019, en la modalidad en alternancia con la actividad en la empresa, llamada formación profesional dual.

Conformidad del centro educativo