



ADHESIÓN AL CONVENIO DE AGRUPACIÓN DE EMPRESAS

En, ade.....de.....

D/Dña., provisto de D.N.I. núm.

como representante debidamente facultado de la entidad

(en adelante responsable de ficheros) provista del C.I.F. núm. Nº de la Seguridad Social

..... con domicilio social en

población, C.P, provincia,

DECLARA

Que ha recibido una copia del Convenio de Agrupación de empresas de fecha 13 de Abril de 2010 suscrito entre la Entidad Organizadora **ANDALUZA DE RIESGOS LABORALES, S.L.** y las empresas agrupadas **MONTAJES CUBRESOL, S.L.** y **LEONARDO ARCO PAREJA**. Que acepta las obligaciones y derechos que en dicho Convenio se contienen y se adhiere al mismo desde la fecha de la firma del presente documento:

A los efectos de lo dispuesto en el artículo 5 de la Orden TAS 2307/2007, de 27 de Julio constituyen obligaciones de las empresas beneficiarias las siguientes:

1. Identificar en cuenta separada o epígrafe específico de su contabilidad, bajo la denominación de "formación profesional para el empleo", todos los gastos de las acciones formativas y permisos individuales de formación.
2. Someterse a las actuaciones de comprobación, seguimiento y control de las administraciones competente.
3. Custodiar la documentación del control de asistencia diario, modelo que se pone a su disposición a través del sistema telemático.
4. Garantizarla gratuidad de las acciones.
5. Hallarse la empresa al corriente de pago frente Agencia Tributaria y Seguridad Social.
6. Las empresas serán directamente responsables de los incumplimientos anteriores, aún cuando contraten la impartición o la gestión de la formación.

Según lo establecido en el artículo 17 de la Orden TAS2307/2007, de 27 de julio, las obligaciones de la Entidad Organizadora son las siguientes:

1. Desarrollar las funciones que a continuación se relacionan:
 - a. Tramitar las comunicaciones de inicio y finalización de la formación de las empresas que conforman la agrupación a través de los procesos telemáticos implantados por el Servicio Público de Empleo Estatal.
 - b. Colaborar con las Administraciones y órganos de control componentes en las acciones de evaluación y actuaciones de Seguimiento y Control que directamente o con el apoyo técnico de la Fundación Tripartita para la Formación en el Empleo se desarrollen.
2. Todas aquellas obligaciones establecidas en el Real Decreto 295/2007, de 23 de marzo, y en la Orden Ministerial de desarrollo, relacionadas con las Acciones formativas de las empresas para las que organiza y gestiona la formación de sus trabajadores, así como la custodia de cuanta documentación relacionada con la organización, gestión, e impartición de la formación pueda ser requerida por las Administraciones u órganos de control competentes y por la Fundación Tripartita para la Formación en el Empleo.
3. Otras obligaciones que, en su caso, las partes acuerden relacionadas con la planificación de las Acciones formativas a realizar, selección de centros de impartición, Permisos Individuales de Formación, programación del calendario de impartición y cualquier otra que contribuya a facilitar el desarrollo de la formación.
4. Custodiar el Convenio de Agrupación de Empresas, manteniéndolo a disposición de los órganos de control competentes, indicados en la normativa vigente.

De conformidad con lo regulado en el art. 12.2 del real Decreto 395/2007, de 27 de marzo, "la formación de las empresas deberá guardar relación con la actividad empresarial y podrá ser general o específica"

FIRMA (Por el Representante Legal de la Empresa Agrupada)

FIRMA (Por el Representante Legal de la Entidad Organizadora ANDALUZA DE RIESGOS LABORALES, S.L.)

Fdo D./Dña. _____

Fdo D. Emilio LUQUE VALVERDE – D.N.I. 34024601B

La baja en la agrupación debe comunicarse a través del documento " Baja en el convenio de agrupación"

A los efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), los datos contenidos en el presente documento 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 ANDALUZA DE RIESGOS LABORALES, 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 arls@riesgoslaborales.com /o enviando un escrito al Responsable del Fichero, ANDALUZA DE RIESGOS LABORALES, S.L., con domicilio en c/. Alta, 18. C:P: 14510. Moriles (Córdoba).



Políg. Ind. Los Polvillares. Edificio Las Tres Culturas, Local 12
Apartado de correos 449
14900 Lucena (Córdoba)
Teléf: 957 591055 Fax: 957 590527
E-mail: arl@ariesgoslaborales.com

F04

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

(enviar vía fax o e-mail)

ENTIDAD ORGANIZADORA: ANDALUZA DE RIESGOS LABORALES, S.L. (A cumplimentar por la entidad formativa)

DENOMINACIÓN DEL CURSO: _____

Nº ACCIÓN FORMATIVA _____ FECHA DE INICIO _____ FECHA DE FIN _____

DATOS DEL TRABAJADOR/PARTICIPANTE

NOMBRE Y APELLIDOS:

NIF:

Nº AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL:

FECHA NACIMIENTO:

DIRECCIÓN:

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

C.P.:

TELÉFONO:

MÓVIL

E-MAIL

GRUPO COTIZACIÓN TASS (mirar encabezado de la nómina)

DISCAPACIDAD: SI NO

ÁREA FUNCIONAL EN LA QUE TRABAJA: Dirección Administración Comercial Mantenimiento Producción

CATEGORÍA PROFESIONAL: Directivo Mando Intermedio Técnico Trabajador Cualificado Trab. No Cualificado

ESTUDIOS: Primaria Secundaria Bachillerato FP Grado medio FP Grado Superior Diplomatura Licenciatura Otras

CURSO QUE SOLICITA:

Nº HORAS:

MODALIDAD:

ENTIDAD DONDE TRABAJA ACTUALMENTE

RAZÓN SOCIAL:

C.I.F.:

DOMICILIO DEL CENTRO DE TRABAJO:

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

C.P.:

EL TRABAJADOR:

FDO TRABAJADOR:
(Nombre y Apellidos)

FECHA:

*Una vez recibida en nuestra oficina la solicitud de inscripción debidamente rellena, el plazo mínimo para organizar el curso, dependerá de la disponibilidad del mismo.

A los efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), los datos contenidos en el presente documento 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 ANDALUZA DE RIESGOS LABORALES, 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 arlsl@ariesgoslaborales.com /o enviando un escrito al Responsable del Fichero, ANDALUZA DE RIESGOS LABORALES, S.L., con domicilio en c/. Alta, 18. C:P: 14510. Moriles (Córdoba).

CERTIFICADO DE COMUNICACIÓN A LOS TRABAJADORES

D/Dña. con NIF
como representante legal de la empresa
domiciliada en, en calle
nº con CIF, comunica al trabajador D/Dña
..... con NIF....., de conformidad con el
artículo 15 del RD 395/2007 por el se regula el Subsistema de formación profesional
para el empleo, la participación de trabajadores en las siguientes acciones formativas
.....
.....
.....

Así mismo, el trabajador declara conocer la siguiente información:

- a) Número de trabajadores participantes y colectivos destinatarios.
- b) Calendario previsto de ejecución.
- c) Medios pedagógicos.
- d) Criterios de selección.
- e) Lugar de impartición de los cursos
- f) Balance de los cursos realizados en el ejercicio precedente si las hubiere.

Y para que conste a los efectos oportunos, y como muestra de conformidad, lo firman
ambas partes enadede

La empresa

El trabajador

Fdo. D./Dña:
NIF:

Fdo. D./ Dña:
NIF:

Se entregará un certificado por cada trabajador de la empresa que participe en acciones
formativas, únicamente si NO existe Representación Legal de los Trabajadores.



Políg. Ind. Los Polvillares. Edificio Las Tres Culturas, Local 12
Apartado de correos 449
14900 Lucena (Córdoba)
Teléf: 957 591055 Fax: 957 590527
E-mail: arl@ariesgoslaborales.com

F03

TOMA DE DATOS DE LA EMPRESA

(enviar vía fax o e-mail)

ENTIDAD ORGANIZADORA: ANDALUZA DE RIESGOS LABORALES, S.L. (A cumplimentar por la entidad formativa)

DENOMINACIÓN DEL CURSO: _____

Nº ACCIÓN FORMATIVA _____ FECHA DE INICIO _____ FECHA DE FIN _____

DATOS DE EMPRESA SOLICITANTE

RAZÓN SOCIAL:

Nº DE LA SEGURIDAD SOCIAL:

C.I.F.:

DOMICILIO DEL CENTRO DE TRABAJO:

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

C.P.:

TELEFONO:

MOVIL:

EMAIL:

CONVENIO DE REFERENCIA:

DESCRIPCIÓN DEL CONVENIO:

CODIGO ACTIVIDAD PRINCIPAL:

DESCRIPCIÓN DEL CNAE:

ACTIVIDAD:

PLANTILLA MEDIA EN EL AÑO ANTERIOR:

CUOTA FORMACIÓN PROFESIONAL:

EMPRESA DE NUEVA CREACION: SI NO

EXISTE REPRESENTACIÓN LEGAL DE LOS TRABAJADORES: SI NO

D/D^a. con NIF: _____ como Representante Legal de la empresa arriba indicada, certifico que todos los datos anteriores son ciertos, y solicito que la formación antes descrita se realice, bonificándome, en caso de disponer de crédito, en la cotización a la Seguridad Social, autorizando a que se domicilie el coste de la formación en la siguiente cuenta bancaria, asimismo, autorizo a la Entidad Organizadora a practicar la cofinanciación privada correspondiente ante la Fundación Tripartita.

FIRMA Y SELLO

Entidad	Sucursal	D.C.	Nº Cuenta

Representante:
(Nombre y Apellidos)

En _____, a _____ de _____ de 20____

*Una vez recibida en nuestra oficina la solicitud de inscripción debidamente rellena, el plazo mínimo para organizar el curso, dependerá de la disponibilidad del mismo.

A los efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), los datos contenidos en el presente documento 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 ANDALUZA DE RIESGOS LABORALES, 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 arls@ariesgoslaborales.com /o enviando un escrito al Responsable del Fichero, ANDALUZA DE RIESGOS LABORALES, S.L., con domicilio en c/. Alta, 18. C:P: 14510. Moriles (Córdoba).