

### SOLICITUD DE MATRICULA AL CURSO

CURSO: \_\_\_\_\_  
 Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Fecha de finalización \_\_\_\_\_

#### DATOS DEL TRABAJADOR/PARTICIPANTE

Alumno: _____	
Domicilio: _____	
D.P. _____	Población: _____
N.I.F. _____	Núm. SS.SS. _____
Fecha nacimiento ____/____/____	Teléfono _____
Discapacidad SI NO	
Estudios	
Sin estudios	FP2/Ciclo Grado Medio
Estudios Primarios	Ciclo Grado Superior
Graduado escuelas	BUP/COU Bachillerato
ESO	Diplomatura
FP1	Licenciatura
Area Funcional:	Categoría:
Dirección	Directivo
Administración	Mando intermedio
Comercial	Técnico
Mantenimiento	Trabajador Cualificado
Producción	Trabajador no cualificado

#### DATOS DE LA EMPRESA DE MEDIACIÓN

Nombre: _____
Domicilio: _____
D.P. _____ Población _____
Colegiado núm.: _____ Sector/Convenio _____
Núm. SS.SS. de la Empresa (12 dígitos) _____
CIF de la Empresa _____
Domiciliación bancaria (20 dígitos) _____

Solo a rellenar por Colaboradores/subagentes en nomina en otras empresas a la del mediador  
 Empresa en la que trabaja el Colaborador como asalariado:

Nombre: _____
Domicilio: _____
D.P. _____ Población _____ Teléfono _____
CIF: _____ Núm: SS.SS _____
Convenio de trabajo _____
NIF Representante legal _____ Nombre _____
Apellidos _____

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 200\_\_

Firma y sello empresa

Firma alumno

Se adjunta:

- Fotocopia del DNI del alumno
- Fotocopia de la cabecera de la nomina
- Fotocopia de la Tarjeta de la Seguridad Social

Nº de Orden

## Adhesión al Convenio de Agrupación de Empresas COLEGIO DE MEDIADORES DE SEGUROS

D/Dña \_\_\_\_\_, con NIF \_\_\_\_\_  
En representación de la entidad \_\_\_\_\_,  
con CIF \_\_\_\_\_, Telefono \_\_\_\_\_  
Y Sede Social en (calle, municipio, provincia) \_\_\_\_\_

### Declara

Que conoce el Convenio de Agrupación de empresas de fecha 20-05-2004 suscrito entre la Entidad Organizadora COLEGIO DE MEDIADORES DE SEGUROS y las empresas agrupadas en el mismo

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.

Lugar y Fecha

Por la empresa agrupada

Por la Entidad Organizadora  
COLEGIO DE MEDIADORES DE SEGUROS

Fdo. \_\_\_\_\_

RAFAEL PERALES BELLVER