

FONDO SOCIAL AYUDA MINUSVALIDOS

Datos Trabajador/a:

- Nombre:
- Apellidos:
- N° empleado/a:
- Teléfonos de contactos:
 - N° Corporativo:
 - N° Personal:
- Domicilio:

Datos Hijo/a:

- Nombre:
- Apellidos:

Los cambios de situación se comunicaran a la comisión de formación en un plazo máximo de 30 días.

- Por grado de minusvalía.
- Por trabajo remunerado.
- Etc...:

COMITÉ:

FIRMA EMPLEADO: