

**FICHA INSCRIPCIÓN PARA FORMACIÓN**  
**CONSEJERO DE SEGURIDAD**

FECHA INICIO:	07/10/2024
FECHA FIN:	31/10/2024

<b>DATOS DE LA EMPRESA</b>	
<b>NOMBRE DE LA EMPRESA:</b>	
<b>CARGO EN LA EMPRESA:</b>	
Asociado Asetrabi: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo indicar asociación:
<b>DATOS DEL CONDUCTOR</b>	
<b>APELLIDOS:</b>	
<b>NOMBRE:</b>	
<b>NIF/NIE:</b>	
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>	<b>PAIS NACIMIENTO:</b>
<b>TELÉFONO PERSONAL:</b>	
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	
<b>DIRECCIÓN (C/, AV/, PZA.):</b>	
<b>CODIGO POSTAL:</b>	<b>LOCALIDAD:</b>
<b>PROVINCIA:</b>	

Nota: Se adjuntará junto con la ficha: DNI + COMPROBANTE DE PAGO.