

**A DADES DE L'ENTITAT
DATOS DE LA ENTIDAD**

NÚM. DEL REGISTRE
NÚM. DEL REGISTRO

ENTITAT BENEFICIÀRIA / ENTIDAD BENEFICIARIA		NIF
---------------------------------------------	--	-----

DADES DEL REPRESENTANT LEGAL / DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)				CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO	FAX

**B DADES DE L'ACCIÓ FORMATIVA
DATOS DE LA ACCIÓN FORMATIVA**

DIRECCIÓ DE LLOC D'IMPARTICIÓ / DIRECCIÓN DEL LUGAR DE IMPARTICIÓN			CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CENS (SI ÉS EL CAS) / CENSO (EN SU CASO)

DENOMINACIÓ DE L'ACCIÓ FORMATIVA / DENOMINACIÓN DE LA ACCIÓN FORMATIVA	CODI / CÓDIGO

**C DADES DE LA PERSONA DE CONTACTE
DATOS DE LA PERSONA DE CONTACTO**

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE
TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO	

DECLARA que l'entitat a què representa disposa d'instal·lacions i recursos humans que garantixen la seua solvència tècnica per a impartir la formació tant teòrica com pràctica així com la qualitat de les mateixes.

DECLARA que la entidad a la que representa dispone de instalaciones y recursos humanos que garantizan su solvencia técnica para impartir la formación tanto teórica como práctica, así como la calidad de las mismas.

_____ , ____ d _____ del _____

Firma: _____

**A DADES DE L'ENTITAT
DATOS DE LA ENTIDAD**

NÚM. DEL REGISTRE
NÚM. DEL REGISTO

ENTITAT BENEFICIÀRIA / ENTIDAD BENEFICIARIA		NIF
---------------------------------------------	--	-----

DADES DEL REPRESENTANT LEGAL / DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)				CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO	FAX

**B DADES DE L'ACCIÓ FORMATIVA
DATOS DE LA ACCIÓN FORMATIVA**

DIRECCIÓ DE LLOC D'IMPARTICIÓ / DIRECCIÓN DEL LUGAR DE IMPARTICIÓN			CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CENS (SI ÉS EL CAS) / CENSO (EN SU CASO)

DENOMINACIÓ DE L'ACCIÓ FORMATIVA / DENOMINACIÓN DE LA ACCIÓN FORMATIVA	CODI / CÓDIGO

**C DADES DE LA PERSONA DE CONTACTE
DATOS DE LA PERSONA DE CONTACTO**

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE
TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO	

DECLARA que l'entitat a què representa disposa d'instal·lacions i recursos humans que garantixen la seua solvència tècnica per a impartir la formació tant teòrica com pràctica així com la qualitat de les mateixes.

DECLARA que la entidad a la que representa dispone de instalaciones y recursos humanos que garantizan su solvencia técnica para impartir la formación tanto teórica como práctica, así como la calidad de las mismas.

_____ , ____ d _____ del _____

Firma: _____