

DATOS DE EMPRESAS COLABORADORAS (FCT)

Concierto	
Curso académico	

Ciclo Formativo interesados:

.....

EMPRESA:				C.I.F.:	
DOMICILIO:					
COD. POSTAL:		POBLACION:			
ISLA:		PROVINCIA:			
TLF.1:		TLF.2:		FAX:	
E-MAIL:					
WEB:					
INTEGRADA EN SECTOR:					

RESPONSABLE:				N.I.F.:	
CARGO:				TLF:	

MONITOR EMPRESA:				N.I.F.:	
TLF:		E-MAIL:			
HORARIO DE LA EMPRESA:					

En Santa Cruz de Tenerife, a _____, de _____ de 20__