



**DATOS A APORTAR POR LA EMPRESA O INSTITUCIÓN  
PARA SOLICITUD CONVENIO COOPERACIÓN EDUCATIVA.**

Nombre de la empresa/entidad: . . . . .

C.I.F (Código Identificación Fiscal): . . . . .

Nº Patronal: . . . . .

Domicilio calle: . . . . .

Ciudad: . . . . .

Código Postal: . . . . .

Teléfono/s . . . . . / . . . . .

Fax : . . . . .

E-mail: . . . . .

Actividad: . . . . .

Representante (Firmante): Sr/a. D/D<sup>a</sup>. . . . .

Nº DNI (Nº documento de identidad): . . . . .

Cargo representante: . . . . .

Nombre del tutor/a en la entidad: . . . . .

Cargo del tutor/a: . . . . .

**Contacto para datos Administrativos:**

D/Dña: . . . . .

Telf. . . . . Fax. . . . .

e-mail: . . . . .

Por la presente, autorizo la cesión de los datos personales especificados en el presente documento a la Universidad Miguel Hernández de Elche (UMH). Estos datos serán introducidos en un fichero mecanizado y automatizado de datos propiedad de la UMH. Como usuario inscrito, podré ejercer los derechos de consulta de datos personales, rectificación y cancelación de los contenidos en estos ficheros en el Observatorio Ocupacional de la UMH.

Para llevar a cabo su cometido, la UMH podrá ceder información sobre usted a las entidades que sea obligatorio según la legislación en vigor, así como a la Jefatura de Area de Trabajo y a la/s Aseguradora/s que se encargue/n de formalizar tanto el Seguro de Accidentes de Trabajo como el Seguro de Responsabilidad Civil.

..... a ..... de ..... de .....

Nombre y cargo de la persona que facilita los datos: