

SOLICITUD PARA LA OBTENCIÓN DEL SELLO DE CALIDAD

APARTADO: ACADEMIAS DE TERAPIAS NATURALES

NOMBRE DEL CENTRO _____

DOMICILIO _____

PROVINCIA _____

LOCALIDAD _____ CP _____ TELEFONO _____

WEB _____

CURSOS OFERTADOS _____

Adjuntar memoria de cada curso que se solicita el sello de calidad:

Duración total, horas por día y días de clase, profesor/es, material de estudio, textos u currículo del profesorado).

Nº DE TRABAJADORES AUTÓNOMOS (socios y/o colaboradores)

_____ Nº DE TRABAJADORES A CARGO DE LA

EMPRESA _____ Nº PROFESORES _____ Nº PERSONAL

ADMINISTRATIVO _____ -OTROS _____ (adjuntar contratos y recibos de la S.S.)

REQUISITOS (marque con una cruz lo que proceda y rellene los espacios):

- PERMISO DE APERTURA. _____ AÑO _____ (adjuntar copia).
- FECHA DE ALTA EN LA SEGURIDAD SOCIAL _____ (copia)
- SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL (adjuntar copia recibo).
- R.G.P.D.
- CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Si publicitas tu negocio:

- FACEBOOK. _____
- INSTAGRAM. _____
- WEB. _____
- OTROS. _____
- TARJETA DE VISITA (adjuntar).

NOTA: TODOS LOS DATOS Y DOCUMENTOS SERAN TRATADOS Y ADMINISTRADOS SEGÚN NORMATIVA R.G.P.D.