

Nº RESOLUCION DE CONVALIDACION: \_\_\_\_\_

**SOLICITUD DE CONVALIDACIÓN DE LA FORMACIÓN PREVENTIVA CONFORME AL ART. 89.6 DEL CAPITULO XVII DEL II CONVENIO COLECTIVO ESTATAL DE LA INDUSTRIA, LA TECNOLOGÍA Y LOS SERVICIOS DEL SECTOR DEL METAL (CEM)**

*CAPÍTULO XVII Art. 89.6. En el supuesto de que los trabajadores reciban una formación preventiva superior a la formación mínima establecida en este Convenio, se podrá solicitar a la FMF, mediante escrito debidamente razonado, su validación*

**1.- DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE:**

NIF/CIF \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

Actividad de la empresa \_\_\_\_\_

**Domicilio**

Tipo vía \_\_\_\_\_ Nombre vía \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Teléfono/s \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Correo-e \_\_\_\_\_

Nº centros de trabajo	
Nº total trabajadores	
Tiene RLT (Representación Legal de los Trabajadores)	<input type="checkbox"/>
Tiene SPP (Servicio de Prevencion Propio)	<input type="checkbox"/>
Está homologada por FMF	<input type="checkbox"/>

**2.- EXPONE:**

2.1. Que imparte a sus trabajadores la acción formativa

\_\_\_\_\_

2.2. Con una duración de \_\_\_\_\_ horas y modalidad \_\_\_\_\_

2.3. Objetivos de la acción:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nº RESOLUCION DE CONVALIDACION: \_\_\_\_\_

**2.4. Contenidos de la acción:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**2.5. Puesto de trabajo al que se dirige:**

---

---

---

**2.6. Justificación de la idoneidad de esta acción formativa:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**2.7. Que reúne el requisito siguiente:**

**Que los trabajadores reciben una formación preventiva superior a la establecida en el II Convenio Colectivo Estatal de la Industria, la Tecnología y los Servicios del Sector del Metal (CEM) de los contenidos formativos del oficio**

---

Nº RESOLUCION DE CONVALIDACION: \_\_\_\_\_

### 3.- SOLICITA:

Que le sea reconocida la convalidación de la acción formativa:

\_\_\_\_\_

Por la formación de oficio:

\_\_\_\_\_

A tal efecto presenta la siguiente documentación:

Copia de la Comunicación a la RLT sobre la solicitud de Convalidación de la acción formativa	<input type="checkbox"/>
Otra documentación	<input type="checkbox"/>
Otra documentación	<input type="checkbox"/>

### 4.- ACEPTA:

La entidad se compromete a:

- Comunicar las acciones formativas que se vayan a impartir conforme a lo establecido en los artículos 94 del II Convenio colectivo estatal de la industria, la tecnología y los servicios del sector del metal (CEM).
- Incorporar el Nº DE RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN en todos los diplomas entregados a los participantes que realicen la acción formativa aprobada con indicación precisa que convalida la formación de oficio.
- El pago de la tasa de convalidación de 100 euros.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

FIRMA Y SELLO

D. /Dña. \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_