



CURSO CORTE DE JAMÓN PROFESIONAL



- Curso modalidad: presencial**
- Garantía de aprendizaje**
- Precio: 210 €/Alumno**
- Material didáctico**
- Curso Bonificable**
- Tutor personal**
- Duración: 20 horas**
 - 12 horas teóricas
 - 8 horas prácticas
- Diploma acreditativo**



FORMADOR
David Molina Martínez
Maestro Cortador de Jamón

A QUIEN VA DIRIGIDO

!!! BONIFICABLE !!!

Dirigido a todos aquellos trabajadores de hostelería en activo por cuenta propia o ajena que presenten sus servicios en cafeterías, bares, restaurantes, hoteles, comedores, residencias, etc. y quieran aprender a cortar un jamón de forma correcta y eficiente.

OBJETIVOS

Conocer la metodología y técnicas específicas para cortar las piezas con destreza y elegancia, presentar platos apetitosos y aprovechar al máximo el rendimiento de cada jamón teniendo en cuenta el uso que se va a hacer del mismo.

CONTENIDOS

PARTE TEÓRICA

- Cultura del jamón.
- Razas y características.
- Denominaciones de origen más conocidas.
- Proceso de cría, alimentación del cerdo con jamón de bellota.
- La elaboración del jamón desde la matanza hasta su consumo.
- Valores nutritivos y propiedades del jamón.
- Aprovechamiento del jamón para su máxima rentabilidad.
- Técnicas de corte y utensilios.
- Seguridad en el trabajo.

PARTE PRÁCTICA

- Limpieza de la pieza
- Colocación del jamón en base jamonera.
- Técnica de loncheado
- Aprovechamiento de la pieza y rendimiento
- Fases de corte y rematado de la pieza
- Emplatado en las diferentes partes
- Emplatado artístico

MATERIAL PARA EL ALUMNO

- Diploma acreditativo de asistencia al curso.
- Seguro de Responsabilidad Civil.
- Delantal.
- Bloc de notas.
- 1/3 Jamón loncheado por el alumno.

Infórmese en

967 22 16 51 · 626 203 461 · 601 154 984



FICHA DE INSCRIPCIÓN A LA FORMACIÓN PROGRAMADA POR LA EMPRESA

INDIQUE LOS DATOS DEL CURSO AL QUE DESEA INSCRIBIRSE

NOMBRE DEL CURSO			
MODALIDAD	PRESENCIAL <input type="checkbox"/>	MIXTA <input type="checkbox"/>	TELEFORMACIÓN <input type="checkbox"/>
HORAS			

DATOS DEL ALUMNO

APELLIDOS			NOMBRE		
DOMICILIO			POBLACIÓN		
			CÓDIGO POSTAL		
TLF PARTICULAR			TLF MÓVIL		
FECHA DE NACIMIENTO			D.N.I.		
			E-MAIL		
			SEXO	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
MINUSVALÍA	SÍ <input type="checkbox"/>	TIPO		NO <input type="checkbox"/>	NACIONALIDAD

NIVEL DE ESTUDIOS	PUESTO DE TRABAJO	CATEGORÍA PROFESIONAL
SIN ESTUDIOS <input type="checkbox"/>	DIRECCIÓN <input type="checkbox"/>	DIRECTIVOS <input type="checkbox"/>
ESTUDIOS PRIMARIOS, EGB O EQUIVALENTE <input type="checkbox"/>	ADMINISTRACIÓN <input type="checkbox"/>	MANDO INTERMEDIO <input type="checkbox"/>
FP I (O ENSEÑANZAS TÉCNICO PROFESIONALES EQUIV.) <input type="checkbox"/>	COMERCIAL <input type="checkbox"/>	TÉCNICO <input type="checkbox"/>
BACHILLERATO SUPERIOR, BUP (O EQUIV.) <input type="checkbox"/>	MANTENIMIENTO <input type="checkbox"/>	TRABAJADOR CUALIFICADO <input type="checkbox"/>
FP II (O EQUIV.) <input type="checkbox"/>	PRODUCCIÓN <input type="checkbox"/>	TRABAJADOR NO CUALIFICADO <input type="checkbox"/>
ARQUITECTO TÉCNICO, INGENIERO TÉCNICO, DIPLOMADO DE OTRAS ESCUELAS UNIVERSITARIAS (O EQUIV.) <input type="checkbox"/>		
ARQUITECTO E INGENIERO SUPERIOR O LICENCIADO <input type="checkbox"/>		
OTROS (ESPECIFICAR): _____ <input type="checkbox"/>		

TIPO DE CONTRATO

TIPO DE CONTRATO	INDEFINIDO <input type="checkbox"/>	TEMPORAL <input type="checkbox"/>	NÚMERO GRUPO DE COTIZACIÓN TGSS	
------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	--

RÉGIMEN DE AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL (Señale con una cruz a la que pertenezca)

RÉGIMEN GENERAL <input type="checkbox"/>	RÉGIMEN GENERAL (trabajadores a tiempo parcial-fijos discontinuos en período de no ocupación) <input type="checkbox"/>
RÉGIMEN ESPECIAL AUTÓNOMOS <input type="checkbox"/>	RÉGIMEN GENERAL (trabajadores en situación de regulación de empleo en períodos de no ocupación) <input type="checkbox"/>

DATOS DE LA EMPRESA

RAZÓN SOCIAL				C.I.F.	
C.N.A.E (CÓDIGO)			GRUPO C.N.A.E		
CUENTA BANCARIA	IBAN	ENTIDAD	OFICINA	D.C.	NÚMERO DE CUENTA
CUENTA COTIZACIÓN					
PLANTILLA MEDIA AÑO ANTERIOR	EXISTE R.L.T.	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	P.Y.M.E.	SÍ <input type="checkbox"/>
					NO <input type="checkbox"/>
EMPRESA NUEVA CREACIÓN	SÍ <input type="checkbox"/>				FECHA CREACIÓN: _____
					NO <input type="checkbox"/>
CONVENIO COLECTIVO					
DOMICILIO			CÓDIGO POSTAL		
			LOCALIDAD	PROVINCIA	
TLF	2º TLF	E-MAIL		WEB	
¿TIENE LA EMPRESA REPRESENTANTE SINDICAL?	SÍ <input type="checkbox"/>				INDIQUE NOMBRE: _____
					NO <input type="checkbox"/>
NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL				N.I.F. REPRESENTANTE LEGAL	
ASESORIA					CONTACTO
TLF	E-MAIL				

IMPORTANTE: Es imprescindible para que esta ficha de Inscripción sea válida, cumplimentar todos los datos solicitados

FECHA	
-------	--

--

--

FIRMADO ALUMNO

FIRMADO EMPRESA

(Declaro que los datos expuestos corresponden a la realidad)