

[FICHA INSCRIPCIÓN CURSO ANTIBIÓTICOS]

1

Solicitud N°: Centro: **INSTITUTO DE FORMACIÓN DOCENTE S.L**

Fecha de Inscripción: Fecha Inicio:05/10/2015..... Fecha de Fin:21/12/15.....

DATOS DE ALUMNO							
APELLIDOS				NOMBRE			
DIRECCIÓN				CÓDIGO POSTAL			
POBLACIÓN				PROVINCIA			
NIF		TELÉFONO		MÓVIL		FECHA NACIMIENTO	
CORREO ELECTRÓNICO :							
ESTUDIOS UNIVERSITARIOS:							
OTROS:							
CENTRO DE TRABAJO Y SITUACIÓN LABORAL							
Nombre del Centro de Trabajo:							
Provincia:		Localidad					
Categoría Profesional:							
Tipo de Nombramiento o Contrato:							
DATOS DEL CURSO							
NOMBRE DEL CURSO: ANTIBIOTICOS: manejo terapéutico integral antimicrobiano.							
MODALIDAD:	on-line						

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que constan en la presente solicitud, además, de conocer y entender las condiciones, expuestas para la realización de este curso.

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que sus datos personales serán incorporados y tratados en un fichero de titularidad de Instituto de Formación Docente. En todo caso usted tiene derecho a ejercitar los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación en el ámbito reconocido por la citada Ley.