

1

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

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

DATOS DE ALUMNO								
APELLIDOS					NOMBRE			
DIRECCIÓN					CÓDIGO POSTAL			
POBLACIÓN					PROVINCIA			
NIF		TELÉFONO		MÓVIL		FECHA NACIMIENTO		
/ hww9h 9[9/£w j bL/h :								
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: ANTIMICROBIANOS II: antifúngicos.								
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.