

REGISTRO NÚMERO: _____

CURSO: TECNOLOGÍA DEL TÉCNICO DE MEDIOS AUDIOVISUALES

SOLICITANTE

APELLIDOS Y NOMBRE.....

D.N.I.LETRA:.....(adjuntar fotocopia)

AFILIADO:

SI

NO

PERSONAL FIJO:

SI__ NO__

TURNO SOLICITADO:

MAÑANA ____ TARDE____

Centro de Trabajo:_____

Categoría Profesional:_____

TELÉFONO DE CONTACTO:

□

MÓVIL:..... **PARTICULAR:**

Correo electrónico (IMPORTANTE):

Firma:

FECHA:.....

**el/la arriba firmante, a los efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y demás normativa de desarrollo, autoriza la utilización de los datos personales contenidos en el presente documento y su tratamiento informático para la gestión de la solicitud a la que se refiere el mismo.*