



madrid
salud

SOLICITUD DE
INSCRIPCIÓN
EN CURSOS DE
PRECIO PÚBLICO

Espacio reservado para la etiqueta
con los datos del Registro

1 DATOS DE LA PERSONA INTERESADA

DNI, NIF, NIE: _____ Nombre: _____
Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____
Tipo vía: _____ Domicilio: _____ N.º: _____ Portal: _____ Esc.: _____
Planta: _____ Puerta: _____ C.P.: _____ Municipio: _____ Provincia: _____
Teléfono(s): _____ / _____ Correo electrónico: _____

2 NOMBRE Y FECHAS DEL CURSO QUE SE SOLICITA

Nombre del curso: _____
Fechas de realización: ____/____/____ a ____/____/____

3 DATOS PROFESIONALES

Formación académica: _____ Especialidad: _____
Centro de trabajo: Público Privado Otros
Cargo que desempeña: _____
Nombre de la Empresa: _____
Tipo vía: _____ Domicilio: _____ N.º: _____ Portal: _____ Esc.: _____
Planta: _____ Puerta: _____ C.P.: _____ Municipio: _____ Provincia: _____
Teléfono(s): _____ / _____ Correo electrónico: _____

4 DATOS PARA REALIZAR EL PAGO

(Si el pago lo realiza un particular)

DNI, NIF, NIE: _____ Nombre: _____
Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____
Tipo vía: _____ Domicilio: _____ N.º: _____ Portal: _____ Esc.: _____
Planta: _____ Puerta: _____ C.P.: _____ Municipio: _____ Provincia: _____

(Si el pago lo realiza una Institución o Empresa)

CIF: _____ Nombre o razón social: _____
Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____
Tipo vía: _____ Domicilio: _____ N.º: _____ Portal: _____ Esc.: _____
Planta: _____ Puerta: _____ C.P.: _____ Municipio: _____ Provincia: _____

Señalar con X el domicilio para recibir notificaciones, abonaré, etc.

Domicilio particular Domicilio profesional

En _____, a _____ de _____ de 20____

Firma:

Los datos recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Formación Madrid Salud", cuya finalidad es la realización de acciones formativas para mejorar los conocimientos de los y las participantes en materia de salud pública, drogodependencias y otros trastornos adictivos y podrán ser cedidos de conformidad con lo previsto en el artículo 11 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. El órgano responsable del fichero es el Organismo Autónomo Madrid Salud, Avenida del Mediterráneo, 62 – 28007 Madrid, ante el que la persona interesada podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la referida Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre.