



**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.