



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

EDICIÓN Nº	CURSO:	AÑO 2009
------------	--------	-------------

DATOS PERSONALES:

Apellidos: _____ N.I.F.: _____
 Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: _____
 Domicilio: Calle/Plaza/Nº: _____ Población: _____
 C.P.: _____ Provincia: _____ Teléfonos: _____
 E-mail: _____ Teléfonos Móviles: _____ Fax: _____

DATOS LABORALES

Puesto Actual: _____ Centro de Trabajo: _____
 S.C.S./Dirección General/Consejería/Hospital/Clinica: _____ Dirección: _____
 Teléfono: _____ Fax: _____
 C.P.: _____ Localidad: _____ Provincia: _____
 E-mail: _____ Teléfono Móvil (Trabajo): _____

IMPORTE DE LA MATRÍCULA:

€

***Adjuntar a esta Solicitud fotocopia del D.N.I./N.I.F., y documento original acreditativo de la transferencia / ingreso bancario, en el que debe constar, el nombre del alumno y del curso solicitado, para una correcta información a la hora de expedir el correspondiente diploma, acreditando.**

La Matrícula del Curso se hará por medio de transferencia a la cuenta corriente abierta a nombre de la Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias en la entidad Bancaria Caja Canarias y sus sucursales. Número de C/C. Nº 2065-0155-31-2900010031

Santa Cruz de Tenerife, a de..... de 2009

Firma:

ILMA. SRA. DIRECTORA DE LA ESCUELA DE SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES DE CANARIAS

- En cumplimiento con la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99, de 13 de diciembre, el arriba firmante autoriza a la Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias a incluir sus datos personales en un fichero informático de esta Entidad para remitirle información de los cursos. Cuando usted desee podrá acceder a sus datos, bien solicitar su rectificación o cancelación, enviando una carta a esta Entidad.
- C/ Leoncio Rodríguez, 7 – 4ª plta. Edf. El Cabo – 38003 S/C de Tenerife. Telf.: 922 476140/41 Fax.: 922 20 48 14
- C/ Cano, 25 – 35002 – Las Palmas de Gran Canaria. Telf.: 928 38 55 54 Fax.: 928 36 80 24