



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE LOS ALUMNOS

CURSO ONLINE PREPARACIÓN CAPACITACIÓN DE OPERADORES INSTALACIONES RADIATIVAS

DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDOS	
FECHA DE NACIMIENTO	
D.N.I	
DOMICILIO, LOCALIDAD	
CÓDIGO POSTAL	
TELÉFONO	
E-MAIL	
NIVEL ACADÉMICO	
CAMPO APLICACIÓN	MEDICINA NUCLEAR <input type="checkbox"/> RADIOTERAPIA <input type="checkbox"/> ANÁLISIS Y PROCESO <input type="checkbox"/>
DATOS DEL CENTRO	
Nº DE CUENTA PARA PAGO:	ES 12 2100 8291 83 1300394521 CAIXA/ BENEFICIARIO (FORMACIÓN ESM)
ASUNTO DE TRANSFERENCIA:	NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO

Enviar fotocopia del DNI y justificante de pago

info@formacionesm.es

Leído y aceptado las condiciones del curso.

CONSENTIMIENTO DEL INTERESADO PROTECCIÓN LEY DE DATOS:

El abajo firmante consiente con la información aportada con anterioridad a la recogida y tratamiento de los datos personales que únicamente serán utilizados en los términos previstos por la legislación vigente y para la finalidad indicada.

FIRMA:

FECHA:

FDO NOMBRE Y APELLIDOS:

DNI: