



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE LOS ALUMNOS

CURSO MANTENEDOR DE INSTALACIONES CON RIESGO DE LEGIONELOSIS(RD865/2003)

INICIAL

RENOVACION

DATOS PERSONALES

NOMBRE														
APELLIDOS														
FECHA DE NACIMIENTO				EDAD			SEXO	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M						
MINUSVALIA	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		En caso afirmativo, especifique porcentaje:											
IDENTIFICACIÓN	Tipo de documento								Nº identificación					
DOMICILIO	Tipo vía pública						Nombre vía pública							
	Nº			Bis/Duplicado				Esc			Piso			Letra
LOCALIDAD/ PEDANIA							MUNICIPIO							
CÓDIGO POSTAL				TELÉFONO						E- MAIL				

NIVEL DE ESTUDIOS

<input type="checkbox"/> Sin estudios	<input type="checkbox"/> Bachiller	<input type="checkbox"/> Formación Profesional de Grado Superior
<input type="checkbox"/> Certificado de Escolaridad	<input type="checkbox"/> COU o equivalente	<input type="checkbox"/> Titulación universitaria de Grado Medio
<input type="checkbox"/> Graduado Escolar o equivalente	<input type="checkbox"/> Formación Profesional de 1º Grado	<input type="checkbox"/> Titulación universitaria de Grado Superior
<input type="checkbox"/> BUP o equivalente	<input type="checkbox"/> Formación Profesional de 2º Grado	<input type="checkbox"/> Doctorado
<input type="checkbox"/> ESO	<input type="checkbox"/> Formación Profesional de Grado Medio	
Especificar titulación y/o especialidad		Año

DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO

- Nombre del centro de trabajo:			CIF	
- Localidad			Código postal	
- Naturaleza jurídica:	<input type="checkbox"/> Empresa privada <input type="checkbox"/> Economía social		<input type="checkbox"/> Organizaciones patronales o sindicales <input type="checkbox"/> Otras entidades sin ánimo de lucro	

CONSENTIMIENTO DEL INTERESADO PROTECCIÓN LEY DE DATOS:

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

FIRMA:

FECHA:

NOMBRE + APELLIDOS:

DNI:

PAGO MATRICULA NUMERO DE CUENTA: ES 12 2100 8291 83 1300394521(CAIXA)

ENVIAR SOLICITUD UNA VEZ CUMPLIMENTADA AL EMAIL: info@formacionesm.es