

INSCRIPCIÓN PARA EL CURSO VIRTUAL DE TARJETA SANITARIA DE SAN MARTÍN DE VALDEIGLESIAS

DATOS DEL INTERESADO

Nombre: _____ DNI: _____

Dirección: _____ Provincia: _____

CP y Población: _____ Teléfono: _____

E-mail: _____

Horarios del curso (elegir 1 de mañana y 1 de tarde)

Mañana: 29 de Abril 2024 de 9:15 a 13:30 horas

Tarde: 29 de Abril 2024 de 15:45 a 20:00 horas

Mañana: 30 de Abril 2024 de 9:30 a 13:00 horas

Tarde: 30 de Abril 2024 de 16:00 a 20:00 horas

AUTORIZACIÓN

Autorizo al uso de mis datos para las finalidades indicadas y estoy conforme con la información facilitada respecto del registro de actividad del tratamiento de éste fichero.

Si, deseo recibir información a través de e-mail señalado anteriormente acerca de este curso.

Autorización fotografías: El material gráfico que se genere en el propio curso podrá ser publicado en los medios de comunicación de Ayuntamiento, siempre que no exista opción expresa previa.

En San Martín de Valdeiglesias, a de de 202 .

Firma