



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 participantes en material de salud pública, drogodependencias y otros trastornos aditivos 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, calle Juan Esplandiú, 11 – 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.



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN CURSOS DE PRECIO PÚBLICO

Instrucciones

INSTRUCCIONES GENERALES

El impreso puede ser cumplimentado a mano (con mayúsculas tipo imprenta) o electrónicamente a través de la página web www.madrid.es.

No olvide rellenar todos los campos solicitados, así como el nombre y las fechas del curso que solicita.

Una vez cumplimentado, podrá enviarlo a la siguiente dirección de correo electrónico: msformacion@madrid.es, o bien presentarlo en los registros de los Distritos, en los restantes registros del Ayuntamiento de Madrid, en los registros de la Administración General del Estado, en los de las Comunidades Autónomas, y mediante las demás formas previstas en el art. 38.4 de la Ley 30/1992 de 26 de noviembre.

Puede informarse llamando al teléfono 915 887 022, o al correo electrónico msformacion@madrid.es

INSTRUCCIONES PARTICULARES

Finalizado el plazo de inscripción, se le notificará al e-mail que nos haya facilitado, la aceptación provisional al curso, así como las instrucciones para formalizar el pago.

No será definitiva la inscripción en tanto no se hayan abonado las tasas y presentado el resguardo correspondiente, mediante fax o escaneado por correo electrónico. El original "ejemplar para la administración" se entregará al inicio del curso.