|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Logo ESM |  |

# SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE LOS ALUMNOS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| CURSO ONLINE PREPARACIÓN CAPACITACIÓN DE OPERADORES INSTALACIONES RADIACTIVAS. | | |
|  | | |
| **DATOS PERSONALES** | | |
| **APELLIDOS NOMBRE** |  | |
| **FECHA DE NACIMIENTO** |  | |
| **D.N.I** |  | |
| **DOMICILIO, LOCALIDAD** |  | |
| **CÓDIGO POSTAL** |  | |
| **TELÉFONO** |  | |
| **E-MAIL** |  | |
| **NIVEL ACADÉMICO** |  | |
| **CAMPO APLICACIÓN** | **RADIOTERAPIA  MEDICINA NUCLEAR** | |
| **NIVEL ACADÉMICO** |  | |
| **CENTRO COLABORADOR (Provincia)** | CENTRO ….  POR LIBRE | |
| **DATOS DEL CENTRO** | PRIVADA …….  PÚBLICA …... | |
| **¿CÓMO NOS HAS CONOCIDO?** | REDES SOCIALES  FOLLETOS/ CARTELES  AMIGOS  EN MI CENTRO DE ESTUDIOS | |
| **Nº DE CUENTA** | **ES 34 2038 3159 39 6000310314** | |
| **Enviar fotocopia del DNI y justificante de pago (375 euros ) más solicitud debidamente cumplimenta todo ello remitir a la dirección email** [**info@formacionesm.es**](mailto:info@formacionesm.es)  **Leído y aceptado las condiciones del curso.** | | |
|  | | |
| El número de plazas disponibles está limitado por lo que se tendrá en cuenta el orden de recepción de la solicitud de inscripción para reservar las plazas La realización de cada una de las ediciones está supeditada a la inscripción de un número mínimo de alumnos. Una vez recibido el formulario nos pondremos en contacto para informarle del estado de su inscripción y los siguientes pasos a realizar. Se reserva el derecho de modificar las fechas de impartición de la edición En caso de que sea el alumno quien decida no realizar el curso, no se reembolsará su importe. Las cancelaciones comunicadas por escrito hasta quince días antes del inicio del curso, darán derecho a una reserva de plaza para la próxima edición. FORMACIÓN ESM una vez impartido el curso no se hace responsable de la obtención de la licencia debido a que es un proceso a realizar directamente con el CSN mediante.  **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 serán utilizados en los términos previstos por la legislación vigente y para la finalidad indicada. | | |
| FIRMA | | FECHA: |
| FDO NOMBRE+ APELLIDOS : DNI: | | |