



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE LOS ALUMNOS

CURSO 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	<input type="checkbox"/> RADIOTERAPIA <input type="checkbox"/> MEDICINA NUCLEAR <input type="checkbox"/> RX- INDUSTRIAL (HIGIENE BUCODENTAL, PODOLOGÍA, ETC.)
NIVEL ACADÉMICO	
OPCIÓN A(curso) B(curso+asesoramiento)	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
CENTRO COLABORADOR (Provincia)	<input type="checkbox"/> CENTRO <input type="checkbox"/> POR LIBRE
DATOS DEL CENTRO	<input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> PÚBLICA
¿CÓMO NOS HAS CONOCIDO?	<input type="checkbox"/> REDES SOCIALES <input type="checkbox"/> FOLLETOS/ CARTELES <input type="checkbox"/> AMIGOS <input type="checkbox"/> EN MI CENTRO DE ESTUDIOS
Nº DE CUENTA	ES 34 2038 3159 39 6000310314

Enviar fotocopia del DNI, copia compulsada del título o certificado académico y justificante de pago (150 euros reserva plaza) más

solicitud debidamente cumplimentada todo ello remitir a la dirección email 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 y el alumno obtenga el APTO 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: