

Nombre del curso: 

NIF \*

Nombre \*

Primer apellido \*

Segundo apellido \*

Tipo de vía

Dirección \*

Comunidad \*

Provincia \*

Localidad \*

Código postal \*

Email

Teléfono \*

Movil \*

Sexo

Fecha de nacimiento

Número seguridad social \*

Dirección de envío de la documentación

Hora preferente de llamada

Discapacidad

Titulación \*

**DATOS ADMINISTRATIVOS**

Provincia del centro de trabajo \*

Centro de trabajo \*

Situación laboral \*

Colectivo

Empresa con más de 250 empleados

Sector de la empresa

Tipo de contrato

Fecha fin de contrato

 He leído y acepto las condiciones generales \*\*

A los efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), le informamos que los datos personales que nos facilite se incorporarán a un fichero titularidad de la Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO, cuya finalidad es la gestión, control, seguimiento y ejecución de las acciones formativas realizadas.

Podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición enviando una solicitud por escrito acompañada de la fotocopia de su DNI dirigida a: a Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO con domicilio sito en la Plaza de Cristino Martos, 4, 28015 Madrid. Deberá indicar siempre la referencia "PROTECCIÓN DE DATOS". Si tienes alguna duda al respecto puedes remitir un email a: [lopd@sanidad.ccoo.es](mailto:lopd@sanidad.ccoo.es) o llamar por teléfono al 91 540 92 85

**Entregar en la secció sindical CCOO CLÍNICA – Escalera 1 , soterrani**