

FICHA DE INSCRIPCIÓN

DATOS PERSONALES

Apellidos		Nombre	
DNI /NIF	Dirección Particular		
CP	Ciudad		
Tlf	Fax	E-mail	

DATOS ACADÉMICOS

Estudios		Fecha finalización
Universidad	Título obtenido	
Idiomas		
Otros Títulos (Diplomaturas, Masters...)		

DATOS PROFESIONALES

Nombre de la Empresa Actual		
Sector de Actividad		
Cargo que ocupa		
Años de experiencia	Tlf.	Fax
e-mail profesional		

Los datos facilitados tienen carácter confidencial y se incorporarán a un fichero del que es titular y responsable FUNDADEPS, con CIF G-83500512, con la finalidad de gestionar la solicitud de inscripción a la que refiere este curso y el envío de información sobre actividades de la referida Fundación. FUNDADEPS asume la responsabilidad de la adopción de medidas de seguridad de índole técnica y organizativa para proteger la confidencialidad e integridad de la información, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación aplicable, autorizando el interesado con la firma del presente documento el referido tratamiento y la cesión de sus datos, pudiendo ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición previstos en la referida ley mediante comunicación escrita dirigida a FUNDADEPS, Hospital Clínico San Carlos 4º Norte sita en calle Profesor Martín Lagos s/n, 28040 Madrid, indicando en el sobre "LOPD".