

HOJA DE INSCRIPCIÓN

- NOMBRE Y APELLIDOS _____
- DIRECCIÓN _____
- DNI _____
- ASOCIACIÓN / ENTIDAD / FACULTAD _____
- PUESTO QUE DESEMPEÑA EN LA ENTIDAD _____
- TELÉFONO FIJO _____ TELÉFONO MÓVIL _____
- CORREO ELECTRÓNICO _____
- OBSERVACIONES (Si tiene algún tipo de discapacidad y/o necesita un determinado apoyo instrumental para participar en las jornadas, indique cual: _____

En _____ a _____ de _____ de 2009.

Firma

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, Autorizo a la Fundación del Hospital Nacional de parapléjicos de Toledo, a la utilización de mis datos exclusivamente para los fines relacionados con el único fin de elaborar y conocer la relación de los asistentes, así como para futuras convocatorias de actos formativos y de promoción que esta institución organice, conociendo el derecho a acceder, modificar y cancelar la incorporación de mis datos según los términos que se establecen en la legislación vigente.