

FICHA SOLICITANTE PLAN AMIGO

Enviar ficha cumplimentada al nº fax: 856 21 55 18 o e-mail: cifemformacion@gmail.com

EMPRESA AMIGA:			
Razón Social:			
CIF:			
DATOS DEL CURSO BONIFICADO DEL TRABAJADOR/A:			
Nombre y Apellidos:			
Tel. fijo/móvil:			
Denominación:			
Duración (horas):			
Modalidad:	Online		
DATOS DEL CURSO SOLICITANTE PLAN AMIGO (estudiante, desempleado o autónomo):			
Nombre y Apellidos:			
NIF:		Tel. fijo/móvil:	
E-mail:			
Denominación:			
Duración (horas):			
Modalidad: (marque la elegida)	<input type="checkbox"/> A distancia <input type="checkbox"/> Online		
Dirección envío material didáctico: (sólo en modalidad a distancia)			

En, ade20.....

Firma del solicitante,

En cumplimiento de lo establecido en la LO 15/99 de Protección de Datos de Carácter Personal y su Reglamento de Desarrollo, RD 1720/07, se le informa y usted presta su consentimiento para que los datos recogidos sean tratados y se incluyan en un fichero, debidamente inscrito en el Registro General de la Agencia Española de Protección de Datos y titularidad de CONSORCIO PARA LA INNOVACIÓN Y FORMACIÓN EMPRESARIAL S. L. L., con la finalidad de prestarle nuestros servicios y el envío de comunicaciones comerciales.

Marque esta casilla si no desea recibir información comercial

Asimismo, le informamos que usted puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, así como revocar el consentimiento para el envío de comunicaciones comerciales, por correo postal debidamente firmado y con asunto "Protección de Datos", a la dirección: C/ Playa, nº4 local 3. 11.510 PUERTO REAL (CÁDIZ), indicando claramente los datos de contacto y remitiendo copia de su documento de identidad.