



Área de Servicios Sociales

FICHA DE INSCRIPCIÓN

Curso de formación en cuidados a personas mayores

Nombre y Apellidos: _____

DNI: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono/Fax: _____ Móvil: _____

Dirección: _____

C.P.: _____ Municipio: _____ Provincia: _____

Profesión: _____ Desempleada: Si _____ No _____

E-mail: _____

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, yo D/D^a _____ con DNI _____ autorizo a la Federación de Personas Sordas de la Comunidad de Madrid (FeSorCam) a la utilización de mis datos exclusivamente para los fines relacionados con el CURSO DE FORMACIÓN PARA FAMILIARES Y CUIDADORES/AS DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES, conociendo el derecho a acceder, modificar y cancelar la incorporación de mis datos según los términos que se establecen en la legislación vigente:

Firma: _____ Madrid, a _____ de _____ de 2006

Yo D/D^a _____ con DNI _____ autorizo a la Federación de Personas Sordas de la Comunidad de Madrid (FeSorCam) a utilizar las fotografías y material audiovisual realizado durante CURSO DE FORMACIÓN PARA FAMILIARES Y CUIDADORES/AS DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES realizadas en NOVIEMBRE de 2006 para la difusión de actividades o la realización de memorias.

Firma: _____ Madrid, a _____ de _____ de 2006

Contactar con:

Área Servicios Sociales
FeSorCam
C/ Ferrer del río, 33

FAX: 91726 38 43
E-mail: servicios.sociales@fesorcaml.org
Teléfono: 91725 37 57