



## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 APELLIDOS: \_\_\_\_\_  
 LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_  
 PROVINCIA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
 E-MAIL: \_\_\_\_\_  
 PROFESIÓN: \_\_\_\_\_

CATEGORÍA	NOMBRE DEL CURSO	
CAT. A	ENMASCARAMIENTO/ENSORDECIMIENTO	
	ACUFENOMETRÍA APLICADA A LA COMPATIBILIZACIÓN ACÚSTICA	
	AUDIOMETRÍA INFANTIL Y REHABILITACIÓN AUDITIVA	
	ACUMETRÍA APLICADA A LA COMPATIBILIZACIÓN ACÚSTICA	
	COMPATIBILIZACIÓN ACÚSTICA ESTEREOFÓNICA	
CAT B.	OTOSCOPIA APLICADA A LA COMPATIBILIZACIÓN ACÚSTICA	
	COMPATIBILIZACIÓN ACÚSTICA DE PRÓTESIS AUDITIVAS. METODOLOGÍA PRESCRIPTIVA RPG i/o.	

(\*) Marque el curso escogido

Mediante la presente, solicito la inscripción en el/los curso/s con fecha y horario marcados y adjunto la documentación solicitada, aceptando así las condiciones de las que he sido informado/a.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firmado.-

RESPONSABLE	SEBASTIAN BERNAL ZAFRA	FINALIDAD	LA PRESTACIÓN ASISTENCIAL QUE NOS HAS SOLICITADO, ASÍ COMO LAS TAREAS ADMINISTRATIVAS DERIVADAS.
LEGITIMACION	CONSENTIMIENTO DEL INTERÉS	DESTINATARIOS	NO SE PREVEE CESIONES DE DATOS, SALVO LAS OBLIGADAS POR LEY Y EXISTEN ENCARGADOS DE TRATAMIENTO
DERECHOS	TIENE DERECHO A ACCEDER, RECTIFICAR Y SUPRIMIR, LI MITAR U OPONERSE, ASÍ COMO PORTAR SUS DATOS PERSONALES		

