



# CURSO OPERADOR CARRETILLAS ELEVADORAS

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Nombre y apellidos: .....

N.I.F.: ..... Fecha de nacimiento: .....

Domicilio: .....

Localidad: ..... Provincia: .....

Teléfono: ..... e-mail: .....

Documentación a aportar:

- Copia D.N.I. o N.I.E.

SI  NO  Autorizo la publicación o emisión de las imágenes de las actividades realizadas durante la programación de la acción formativa a la unidad de empleo a efectos administrativos y/o profesionales.

Firmado: \_\_\_\_\_

En Argamasilla de Alba, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.019

PROTECCIÓN DE DATOS. En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15//1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos de carácter personal facilitados con el presente consentimiento, se utilizarán exclusivamente para el ejercicio de las competencias propias de esta Administración y serán incorporados a los ficheros que conforman la base de datos del Ayuntamiento de Argamasilla de Alba, ante el que podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiéndose al Registro General (Plaza de España, nº 1, 13710, Argamasilla de Alba, Ciudad Real).