

BUTLLETA D'INSCRIPCIÓ CURS PRÀCTIC D'ESPECIALITZACIÓ

Curs:

Cognoms :

Nom :	DNI :
-------	-------

Data naixement:	Província/localitat:
-----------------	----------------------

Domicili habitual:

Província :	Codi postal:
-------------	--------------

Mòbil:	Lloc on treballa:
--------	-------------------

Adreça electrònica :

Titulació:

Exalumnes: <input type="checkbox"/> Diplomats - Promoció: <input type="checkbox"/> Graus - Promoció: <input type="checkbox"/> Màsters - Curs: * Els i les estudiants que s'inscriguin com a exalumnes hauran de presentar algun document que acrediti aquesta condició.

Documentació a annexar: <input type="checkbox"/> Fotocòpia del títol de graduat o diplomats (o del certificat substitutori del títol) <input type="checkbox"/> Fotocòpia del DNI, NIE o Passaport

Data :

Signat:

Sant Antoni M. Claret, 167 – 08025
Telèfon: 93 553 78 33
A/e: secretariaeui@santpau.cat - www.santpau.cat/eui

Al facilitar les vostres dades personals, el tractament que se'n pot derivar es sotmet a les previsions que disposa la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (LOPD), us informem que les vostres dades de caràcter personal s'incorporaran al fitxer "Alumnat", titularitat de la Fundació de Gestió Sanitària de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (FGS). Els destinataris de la informació són tots els departaments docents en que s'organitza l'Escola Universitària d'Infermeria. Podeu exercir els vostres drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició (drets ARCO) mitjançant una comunicació escrita al responsable de fitxer de la FGS, a la qual heu d'adjuntar una fotocòpia del DNI/Passaport, adreçada a la Secretària l'Escola Universitària d'Infermeria de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, carrer Sant Antoni Maria Claret 167, 08025 de Barcelona.