



DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A

Nombre y apellidos:.....

D.N.I.....Fecha de nacimiento:.....

Calle.....

Nº.....Piso..... Ayuntamiento.....

Provincia:..... CP:.....

Teléfono contacto.....

Dirección correo electrónico.....

CURSO EN EL QUE SE MATRICULA **Vigilante de Seguridad Privada**

Fdo.

Autorizo al centro a que me informe con mensajes grupales a través de la aplicación whatsapp de las novedades del curso y del centro.

Debido a la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de datos, los datos facilitados serán incorporados a un fichero automatizado de datos debidamente inscrito en la Agencia de Protección de Datos, cuya titularidad corresponde a CENTRO DE FORMACIÓN PRAXIS S.L. y cuya finalidad será la de tramitar su inscripción en las materias solicitadas así como impartir la formación.

El usuario reconoce y consiente que merced a la normativa en vigor, los datos serán cedidos a las instituciones públicas pertinentes (Dirección General de Policía, Instituto Nacional de Empleo, Fundación Tripartita para la formación en el empleo, Xunta de Galicia, Dirección General de la Guardia Civil) para la oportuna validación de los títulos o para la homologación de los mismos.

El usuario consiente igualmente que, puntualmente, el Centro Praxis le mantenga informado tanto de actividades y nuevos cursos como de cualquier otra actividad que pueda ser de su interés.

Todos los datos requeridos son obligatorios y necesarios y el usuario declara que son ciertos.

Se podrán ejercer los derechos de acceso, cancelación o rectificación u oposición, debidamente identificado y poniéndose en contacto mediante carta dirigida al Centro, San Vicente 25 Entreplanta, 15007 de La Coruña.