

CENTRO DE FORMACIÓN PRAXIS

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.....

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 FORMACION PRAXIS S.L., y cuya finalidad será la de tramitar su inscripción en las materias solicitadas así como impartir la formación.

En caso de existir bolsa de trabajo a través de las empresas colaboradoras, el titular de los datos consiente expresamente que sus datos sean concedidos a dichas empresas con el fin de que éstas realicen selección de personal entre los alumnos del centro. De igual manera el usuario consiente que se le mantenga informado de las actividades, nuevos cursos y 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 Praxis, San Vicente 25, entreplanta, 15007 de A Coruña.

- Marcar en caso de no solicitar bolsa de trabajo.