

**COLEGIO OFICIAL DE TRABAJO SOCIAL DE BIZKAIA**

**BIZKAIKO GIZARTE LANGINTZAREN ELKARGO OFIZIALA**

|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**  **CURSO**  **PERITAJE DE TRABAJADORAS Y TRABAJADORES SOCIALES** |
| **Nombre y Apellidos:** |
| **Número de Colegiación:** |
| **Dirección:** |
| **CP y Población:** |
| **Teléfono de Contacto:** |
| **E-mail:** |
| **Activo Desempleo Experiencia laboral**  SI NO SI NO SI NO |
| **Lugar de Trabajo:** |
| **Puesto de Trabajo:** |
| **Número cuenta para devolución en caso de no realizarse el curso**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**Número de C/C del Colegio Oficial de Trabajo Social de Bizkaia: 2095 0368 87 2007013725**

**Jardines, 11-1º D 48005 Bilbao Tel. 94 4160740 bizkaia@cgtrabajosocial.es**