

## INSCRIPCIÓN CURSO: .....

Nombre*	
Apellidos*	
DNI*	
Nº colegiado/a*	16 -
Dirección*	
C.P.*	
Localidad	
Provincia	
Teléfono fijo	
Móvil*	
E- mail*	

(\* Campos Obligatorios)

Estoy interesada/o en realizar el Curso sobre "....."  
....." organizado por el CPTS de Córdoba. **Adjunto certificado del SAE en caso de desempleo. Las personas colegiadas en Córdoba también se considerarán desempleadas si su contrato es inferior a 20h semanales (aportar justificante).**

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_

Fdo. \_\_\_\_\_

**Imprescindible** remitir al Colegio Profesional de Trabajo Social de Córdoba la inscripción debidamente **cumplimentada y firmada** a la siguiente dirección: [cordoba@cqtrabajosocial.es](mailto:cordoba@cqtrabajosocial.es) o entregar el documento en la sede del Colegio en horario de oficina.

#### PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el Colegio Oficial de Trabajadores Sociales y AASS de Córdoba, le informa que sus datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado.

De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito al Colegio Oficial de Trabajadores Sociales y AASS de Córdoba, Avda. de Guerrita, s/n Local 12-13 (C.C. Los Azahares). 14005 - CÓRDOBA.