

SOLICITUD DE INSCRIPCION

Fecha de entrada

|  |
| --- |
| / / |

|  |
| --- |
|  |

**CURSO**:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **APELLIDOS NOMBRE:** |  | | | | | | |
| **DNI:** |  | | | | | | |
| **PROFESION:** |  | | | | | | |
| **DIRECCION** |  | | | | CP | | PROVINCIA |
| LOCALIDAD | |
| **TELEFONO:** |  | |  | | e-mail: | | |
| **EMPRESA:** |  | | | | | | |
| **CODIGO:** |  | | | | | | |
| **TELEFONO:** |  | |  | | | e-mail: | |
| 󠇀󠇀 El alumno declara no tener suspendido el carnet de conducir por pérdida de puntos | | | | | | | |
| **APTITUD MEDICA** | SI |  | NO |  | | FIRMA: | |

* Queda bajo la responsabilidad del alumno la veracidad de los datos cumplimentados en esta ficha.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OBSERVACIONES** |  |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | | |

**ACOMPAÑAR DOCUMENTACION**: FOTOCOPIA DEL **DNI Y CARNET DE CONDUCIR** EN VIGOR.

***NO*** *SE ADMITE DOCUMENTACION VIA FAX POR RESULTAR ILEGIBLE.*

*Imprescindible adjuntar cumplimentado y firmado el Anexo 17 Clausula Informativa para el tratamiento de alumnos cursos formación.*