

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.*