

SOLICITUD CURSOS PRESENCIALES

o a través de AULA VIRTUAL

Indicar por orden de interés/prioridad

CURSO/S	Título: Fechas realización preferentes: Horario:	Nº de participantes
	Título: Fechas realización preferentes: Horario:	Nº de participantes
	Título: Fechas realización preferentes: Horario:	Nº de participantes
	Título: Fechas realización preferentes: Horario:	Nº de participantes
NOMBRE DEL CENTRO		CIF
RAZÓN SOCIAL		E-MAIL
<input checked="" type="checkbox"/> PYME	<input type="checkbox"/> NO PYME	<input type="checkbox"/> CNAE <u>85</u>

En _____, _____ de _____ de 2021

FIRMA Y SELLO POR LA DIRECCIÓN DEL CENTRO EDUCATIVO

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES	
Responsable del tratamiento:	Federación Autónoma de Centros de Ensino Privado. Contacto: cece-galicia@cece-galicia.com.
Finalidad del tratamiento:	Gestión y prestación del servicio.
Ejercicio de derechos:	El interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación de tratamiento y portabilidad enviando una comunicación al Responsable Tratamiento.
Más información:	http://www.cece-galicia.com/