SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN A CURSO DE FORMACIÓN

A cumplimentar por el/la participante

Nombre y apellidos:

NIF:

Correo-e: Teléfono:

Datos del centro de destino del/la participante

Denominación:

Localidad:

Provincia:

Datos del curso

Denominación: Realidad Extendida para profesorado de Formación Profesional

Centro de preferencia para inscripción

1: 2:

☐ Autorizo al tratamiento de mis datos personales

Firma digital

EL/LA INTERESADO/A

A completar por el (la) secretario (a) y/o por el (la) director (a) del centro

Don/Doña:

Cargo:

CERTIFICA que según los datos existentes en este centro

Don/Doña:

Con NIF:

Está actualmente impartiendo formación en:

Ciclo/Curso Especialización:

Familia Profesional:

CIFP VIRGEN DE GRACIA

I.E.S. El Rincón

Firma digital

Y para que así conste, a los efectos oportunos y a petición del interesado/a, firmo el presente certificado en _____ a _____

EL/LA DIRECTOR/A

EL/LA SECRETARIO/A

Nota: En los centros en los que no sea posible la firma de ambos responsables, será suficiente presentar la de uno de ellos. En los centros concertados en los que no haya secretario/a, podrá expedir este certificado el/la administrador/a del centro.