



FICHA DE INSCRIPCIÓN DEL PARTICIPANTE

ACCIONES DE FORMACIÓN

ENTIDAD ORGANIZADORA: ITM CONSULTING, S.L.

DENOMINACIÓN DEL CURSO: _____

HORAS TOTALES: _____ **FECHA INICIO PREVISTA:** _____

DATOS DEL PARTICIPANTE:

Apellidos y Nombre: _____

Dirección _____ Localidad _____ CP _____

Tfno.: _____ Móvil: _____ Correo Electrónico: _____

NIF: _____

DATOS DE FACTURACIÓN:

Razón Social: _____

Contacto: _____

Dirección _____ Localidad _____ CP _____

Tfno.: _____ Móvil: _____ Correo Electrónico: _____

NIF/CIF: _____

Ena.....de.....de.....

Firmado:.....

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter General, le informamos que los datos personales que Vd. nos facilite a través de este formulario, serán tratados automáticamente en los ficheros de los que es titular ITM CONSULTING, S.L., para la gestión de la Solicitud a que se refiere el mismo. Sus datos serán cedidos a los organismos públicos competentes y cualesquiera otras personas o entidades relacionadas con el Plan de Formación. El consentimiento se entenderá prestado en tanto no comunique por escrito la revocación del mismo.