



FICHA DE INSCRIPCIÓN A ACCIÓN FORMATIVA

2022

DATOS DE ALUMNO⁽¹⁾

FORMACIÓN EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

CURSO: _____

ENTIDAD QUE IMPARTE: **PREFOR SALUD** FECHA INICIO: _____

PROVINCIA SOLICITUD: **MURCIA**

(POR FAVOR, CUMPLIMENTA LOS DATOS CON MAYÚSCULAS)

NOMBRE: _____ N.I.F.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

APELLIDOS: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO (**V**=VARÓN **M**=MUJER) DISCAPACIDAD (SÍ /NO):

DIRECCIÓN: _____

POBLACIÓN _____ C.P.: _____

PROVINCIA: _____ TELÉFONO/MÓVIL: _____ NACIONALIDAD: _____

E-MAIL: _____

NIVEL DE ESTUDIOS: _____

PROFESIÓN: _____

[SOLO SI VA A BONIFICAR]: NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL TRABAJADOR:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATOS DE LA EMPRESA O CENTRO DE TRABAJO

(Indique el nombre de la empresa en cualquier caso, y solo el resto de datos de este apartado en caso de no ser cliente de prevención o no haber realizado ningún curso anterior con PREFOR SALUD)

NOMBRE DE LA EMPRESA (RAZÓN SOCIAL, NO MARCA): _____

PUESTO DE TRABAJO: _____

C.I.F.:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

[Solo si va a bonificar] NÚMERO DE INSCRIPCIÓN SEGURIDAD SOCIAL DE LA EMPRESA:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ACTIVIDAD: _____

DIRECCIÓN: _____

POBLACIÓN _____ C.P.: _____

PROVINCIA: **MURCIA** TELÉFONO/MÓVIL: _____ FAX: _____

EMAIL: _____

PERSONA DE CONTACTO: _____

FACTURACIÓN DEL CURSO

ESTE CURSO HAY QUE FACTURARLO A: EL ALUMNO LA EMPRESA

(1) **PROTECCIÓN DE DATOS (RGPD-GDPR) LOPDGD:**

PREFORSALUD SL es el Responsable del tratamiento de los datos personales facilitados por el alumno y le informa que estos datos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (GDPR) y a LOPDGD 2018, por lo que se le facilita la siguiente información del tratamiento:

Fin del tratamiento: realizar los trámites administrativos necesarios para su inscripción en la acción formativa.

Criterios de conservación de los datos: se conservarán mientras exista un interés mutuo para mantener el fin del tratamiento y cuando ya no sea necesario para tal fin, se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas para garantizar la seudonimización de los datos o la destrucción total de los mismos.

Comunicación de los datos: No se comunicarán los datos a terceros, salvo obligación legal.

Derechos que asisten al Usuario: * Derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento. * Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y a la limitación u oposición al su tratamiento. *Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (agpd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.

Datos de contacto para ejercer sus derechos: Dirección postal: PREFORSALUD SL. C/ DOCTOR RICARDO CANO, 12 30500 MOLINA DE SEGURA (MURCIA). Email: info@preforsalud.com

FECHA: _____

SELLO Y FIRMA DE LA EMPRESA (en su caso)

FIRMA DEL ALUMNO