

FICHA DE PREINSCRIPCIÓN
Non faga copias desta solicitude

Espazo reservado a cubrir pola Administración	
Data de entrega	Nº de Rexistro



Actividade: CURSO PLANTAS MEDICINAIS

DATOS PERSOAIS

Nome e apelidos: _____

Enderezo: _____

Data de nacemento: _____ DNI: _____

Teléfonos de contacto: _____

Enderezo electrónico: ^(opcional) _____

Empadroado en Santiago de Compostela: si non

CONDICIÓNS DE PARTICIPACIÓN

- Actividade dirixida a público ADULTO
- Datas de realización: 14,21 e 28 abril
19 e 26 maio
2 e 30 xuño
7 de xullo
- Horario: sábados de 10.00 a 12.30h
- Lugar de realización: Csc de Vidán
- A entrega desta solicitude confirma o interese en participar na actividade.
- O participante comprométese a asistir a actividade e ser puntual
- O curso desenvolverase de cubrirse alomenos 15 prazas.
- Prezo de 46€ (incluído materiais)

A entrega desta solicitude supón o coñecemento e conformidade destas condicións

Autorización para a publicación de imaxes dos participantes

Don / donaco DNI
autorizo o Departamento de Centros Socioculturais a un uso pedagóxico das imaxes que se poidan realizar na actividade e publicalas en: páxinas web e blogs do Concello de Santiago, filmacións destinadas a difusión educativa non comercial, fotografías para revistas ou publicacións de ámbito educativo

Santiago de Compostela, de de 20__
Asinado

NOTA LEI DE PROTECCIÓN DE DATOS

Segundo a Lei orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal, **informamos** de que os datos anteriores serán incluídos no ficheiro da rede de centros socioculturais con fins informativos, así coma da posibilidade de exercitar os seus **dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición** en calquera momento poñéndoo en coñecemento deste departamento.

Se non quere recibir ningunha información unha vez rematada a actividade marque aquí cun X

SOLICITUDE Nº