

INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS

¿HAS ESTADO INSCRITO EN ALGUNA ACTIVIDAD ANTERIORMENTE? Sí No

DATOS PERSONALES		
Nombre:	Apellidos:	
Fecha de Nacimiento:	Lugar de nacimiento:	
DNI/NIE:	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer
Estudios/Profesión:	Padre/Madre/Hijo/Hija, etc.:	
DATOS DE CONTACTO		
Dirección:	Nº:	Piso/Letra:
Localidad:	Barrio:	
Correo Electrónico:		C.P.:
Teléfonos/ Móvil:		
INFORMACION DE INTERES		
¿Cómo has conocido la actividad?		
Facebook <input type="checkbox"/> WhatsApp <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Otros: _____		
¿Qué otras actividades te gustaría que se realizaran?		

En _____, ___/___/2017

Firma:

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que las imágenes captadas durante las jornadas y datos personales facilitados en el formulario serán incorporados a los ficheros de titularidad de la Federación de personas sordas de la Región Murcia para su difusión y tratamiento informático respectivamente. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante un escrito a la dirección C/ Virgen de la soledad, 17- bajo 30007Murcia.