

CONOCERSE PARA CRECER

(Solicitud individual de inscripción)

Forma de pago de la matrícula

(si anula asistencia no se devuelve dinero)

EN EFECTIVO

PAGO POR BANCO (adjuntar resguardo)

Nombre y Apellidos

Fecha nacimientoProfesión.....

Dirección.....CP.....

Población.....Provincia

Teléfono fijo.....Teléfono móvil

Correo e..... NIF.....

Motivos por los que desea participar en este curso:

.....

¿Está actualmente en tratamiento psicológico y/o psiquiátrico? (especificar)

.....

Si considera que su estado actual es de crisis, descríballo brevemente:

.....

.....

¿Dónde y quién le ha informado de este curso?

.....

Si alguna persona conocida va a realizar este curso, escriba su nombre:

.....

¿Ha realizado algún curso en el T.E. anteriormente? ¿Cuál?.....

.....

Observaciones (si tiene algún régimen de comidas especial, etc):

.....

.....

Fecha:

Fdo:

De acuerdo con lo que establece la Ley Orgánica 15/1999, le informamos que sus datos serán incorporados en un fichero automatizado bajo la responsabilidad de ASOCIACION INTERNACIONAL DEL TELEFONO DE LA ESPERANZA con la finalidad de atender los compromisos derivados de la relación que mantenemos con usted. Puede ejercer sus derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición mediante un escrito en nuestra dirección, C/ FRANCOS RODRIGUEZ No 51 - CHALET 25 MADRID 28039-MADRID. Si en el plazo de 30 días no nos comunica lo contrario, entenderemos que sus datos no han sido modificados y que se compromete a notificarnos cualquier variación y que tenemos el consentimiento para enviarle publicidad de las novedades de la asociación así como de las acciones que lleva a cabo la misma.