

# SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

(Cumplimentar todos los datos)

TÍTULO DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA: .....  
..... Fecha/s: .....

## DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombre: .....

NIF ..... Teléfonos: ..... e-mail: .....

Dirección .....

Población ..... Código Postal .....

TITULACIÓN ACADÉMICA QUE POSEE: .....

CERTIFICADO EN PRL:

Ninguno  Básico  Intermedio  Esp.Seguridad  Esp.Higiene  Esp.Ergonomía

EXPERIENCIA LABORAL EN PRL: .....

¿Ha realizado alguna actividad formativa relacionada con el tema solicitado? .....

¿Por qué le interesa esta actividad? .....

## DATOS DE LA EMPRESA

Nombre: .....

Dirección: .....

Población: ..... Código postal .....

Teléfono: ..... fax: ..... e-mail: .....

e-mail general de la empresa: .....

Actividad / sector: .....

Plantilla:  igual o menos de 10  menos de 250  más de 250

## FUNCIÓN EN LA EMPRESA:

Trabajador  Delegado de prevención  Formador  
 Miembro del servicio de prevención  Mando intermedio  Empresario  
 Médico/ATS de empresa  Trabajador designado  
 Otras funciones. Especificar: .....

*"El presente formulario contiene datos de carácter personal que forman parte de un fichero titularidad del Instituto Nacional de Seguridad, Salud y Bienestar en el Trabajo. El interesado autoriza expresamente a dicho titular a tratarlos automáticamente con la única finalidad de gestionar funciones derivadas del motivo de la solicitud, sin que se prevean cesiones de tales datos a otra entidad.*

*Conforme a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el interesado podrá ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante escrito dirigido al Director del Instituto Nacional de Seguridad, Salud y Bienestar en el Trabajo (INSSBT), c/ Torrelaguna, nº 73, 28027 Madrid".*

En ..... a ..... de ..... de .....

Firma