



DIPUTACIÓN DE ALMERÍA



## SOLICITUD CURSO DE FORMACIÓN 2017

**NOMBRE DEL CURSO:** \_\_\_\_\_

**MUNICIPIO DE REALIZACION:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE REALIZACION:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE Y APELLIDOS:** \_\_\_\_\_

**D.N.I.:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_

**DOMICILIO:** \_\_\_\_\_

**POBLACIÓN:** \_\_\_\_\_ **C.P.:** \_\_\_\_\_

**TELEFONOS:** \_\_\_\_\_

**FAX/ E-MAIL:** \_\_\_\_\_

(Fecha y Firma del/a solicitante)

### CONDICIONES DEL CURSO

Con la firma del/a solicitante del curso arriba indicado:

1. Consiente la **incorporación de sus datos personales en un fichero propiedad del Ayuntamiento de \_\_\_\_\_**, que tratará dichos datos con única finalidad de organizar y gestionar dicho curso. Para el cumplimiento de lo dispuesto en artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.
2. Consiente en la obligatoriedad de **adjuntar a esta solicitud una fotocopia de su NIF.**
3. Conoce la cobertura del riesgo de cualquier accidente derivado de la práctica en esta actividad, la cual **no lleva implícito un seguro de accidentes**, corriendo a cargo del/a participante cualquier tipo de gasto, bien sea un gasto médico por lesión de accidente a través de la Seguridad Social o su Seguro Privado, bien sea cualquier gasto de otro tipo que se produzca por dicho accidente.
4. Autoriza a la **cesión de derechos para que sean publicadas las fotografías y/o videos** que se realice durante el desarrollo del curso en cualquier medio de prensa con la única finalidad de difusión de la actividad a la que se inscribe y que esté relacionada con su participación en él.
5. Conoce que la **asistencia es obligatoria** para la acreditación del Diploma de Asistencia, tolerándose un máximo de un 10% de faltas en la totalidad del curso, en casos excepcionales, siempre que sean faltas justificadas.

### **AUTORIZACIÓN PARA MENORES DE 18 AÑOS**

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_, en calidad de \_\_\_\_\_ (padre, madre, tutor/a) entiendo y acepto las condiciones del curso en el que se inscribe el/la arriba firmante.

(Fecha y Firma del/a representante)