



COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE LAS PALMAS

Organización Colegial de Enfermería

AUTORIZACIÓN PARA INSCRIPCIÓN EN ACTIVIDAD FORMATIVA

D. / Doña

con número de colegiado

A U T O R I Z A

a D. / Doña

con DNI , a inscribirlo/a en la/s siguiente/s actividad/es formativa/s:

Las Palmas de Gran Canaria, a de de

Firma del colegiado

Firma de la persona autorizada

En cumplimiento de la Ley 15/99, Orgánica, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le comunica que sus datos formarán parte de un fichero, denominado Solicitantes, inscrito en el Registro General de Protección de Datos, de la Agencia Española de Protección de Datos, asistiéndole a usted, en cuanto al mismo, los derechos de Acceso, Cancelación, Oposición y Rectificación, cuando procedentes fueren, ante la sede de este Colegio.