



D. / Doña [_____] ,
colegiado número [_____] , con D.N.I. [_____] , vecino de
[_____] ,
número [_____] C.P. [_____] , tel. [_____] ,
e-mail [_____]

EXPONE

Que el pasado [_____] de [_____] de [_____] , asistió a
[_____] ,
celebrado en [_____] ,
extremos que acredita con la documentación que se acompaña:

- Factura de la matrícula o de la cuota de admisión.
- Certificado de asistencia.
- Facturas de billetes de desplazamiento, en su caso.
- Certificado de presentación de ponencia, comunicación o póster, en su caso.

Es por lo que **SOLICITA** le sea concedida subvención económica según baremo en vigor.

Por ello, **DECLARA** no recibir ninguna otra prestación para el mismo por los mismos conceptos.

Las Palmas de Gran Canaria, a [_____] de [_____] de [_____] .

ILMA. SRA. PRESIDENTA DEL COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE LAS PALMAS

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.