

ANEXO I**SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN EL CURSO DE DIPLOMADO EN SALUD PÚBLICA A CELEBRAR EN CANARIAS**

D./Dña.		DNI/NIE
Con la Titulación Universitaria de:		
natural de _____, provincia de _____		
con domicilio		Nº
Avda./Calle/Plaza: _____		
Localidad:	Municipio:	Provincia:
C.P.:	Teléfono:	Móvil:
Fax:	Correo-e (obligatorio):	

EXPONE

Que desea participar en el curso de Diplomado de Salud Pública convocado en el presente año académico a celebrar por la Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias. Que acepta todas las condiciones expresadas en las bases de la convocatoria del mismo, por lo que:

SOLICITA

Sea admitida la presente solicitud y documentación adjunta, a fin de tomar parte en el citado curso, en la edición a celebrar en Canarias.

Firma del solicitante:

DIRECTOR DE LA ESCUELA DE SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES DE CANARIAS

En cumplimiento con la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal y Reglamento General de Protección de Datos, se informa que los datos personales recabados como consecuencia de la presentación de la presente solicitud pasarán a formar parte de un fichero informático propiedad de la ESSSCAN. El titular de los datos podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a la siguiente dirección dpd@essscan.es.