

## SOLICITUD BECA FORMACIÓN PROPIA

Yo, D./Dña. \_\_\_\_\_,  
mayor de edad, con número de colegiado/a \_\_\_\_\_, solicito beca de formación propia  
por un importe de \_\_\_\_\_, correspondiente al gasto generado  
para desplazarme en barco/avión para asistir al  
curso \_\_\_\_\_  
organizado por el Colegio de Enfermería de Las Palmas el \_\_\_\_\_

EPÍGRAFE	INFORMACIÓN BÁSICA	INFORMACIÓN ADICIONAL
<b>RESPONSABLE</b>	COLEGIO DE ENFERMERÍA DE LAS PALMAS	CIF V35046408 AV. RAFAEL CABRERA, 5, PORTAL 1. ENTREPLANTA. 35002. LAS PALMAS DE G.C. 928365526 <a href="mailto:secretaria@celp.es">secretaria@celp.es</a> DELEGADO DE PROTECCIÓN DE DATOS: <a href="mailto:dpd@celp.es">dpd@celp.es</a>
<b>FINALIDAD</b>	- GESTIÓN DE BECA/AYUDA FORMACIÓN PROPIA	Los datos recabados son utilizados para el control de las entradas al evento. Celebrado el evento, los datos personales se eliminarán.
<b>LEGITIMACIÓN</b>	CONSENTIMIENTO DEL INTERESADO/A	Su deseo de participar en la convocatoria de beca de formación propia
<b>DESTINATARIOS</b>	CESIÓN DE DATOS:	No hay cesión de datos a terceros
<b>DERECHOS</b>	ACCESO, RECTIFICACIÓN, SUPRESIÓN, PORTABILIDAD, LIMITACIÓN Y OPOSICIÓN	Puede ejercitar estos derechos dirigiéndose al Colegio, en la dirección y correos electrónicos indicados en el epígrafe "Responsable". También puede presentar un escrito ante la Agencia Española de Protección de Datos, en la dirección <a href="http://www.aepd.es">www.aepd.es</a>

Para ampliar esta información, puede dirigirse a <https://www.celp.es/politica-privacidad>.

EN \_\_\_\_\_, A \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 202\_\_.

Fdo.: \_\_\_\_\_

N.º de Colegiado: \_\_\_\_\_