

Nombre: ..... Apellidos: .....  
Dirección: ..... Código postal: .....  
Centro de trabajo: ..... Teléfono: ..... Fax: .....  
Categoría ..... Especialidad .....  
e-mail: .....  
CURSO: .....

**Remitir Boletín de Preinscripción a:**

Fundación del Complejo Hospitalario A Coruña  
C./ Xubias de Arriba nº 84  
15006 – La Coruña  
Tel : 981 – 178242 - Fax.: 981 – 178112  
[CTF.CHUAC@sergas.es](mailto:CTF.CHUAC@sergas.es)

**Una vez confirmada Inscripción:**

Transferencia Bancaria<sup>1</sup>:  
Fundación del Complejo Hospitalario A Coruña  
Banco Pastor:  
C/C: 0072-0167-17-0000176835  
<sup>1</sup> Imprescindible hacer constar el nombre del alumno

Todos los datos facilitados a través del formulario o correo electrónico, serán tratados con estricta confidencialidad de acuerdo a Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos. El Centro Tecnológico de Formación insiste en su compromiso de uso responsable y confidencial de los datos garantizando su uso de acuerdo con las exigencias legales y que sólo serán utilizados por Centro Tecnológico de Formación para llevar a cabo nuestras tareas básicas administrativas y de comunicación. Si usted desea rectificar o cancelar sus datos de nuestro fichero, puede notificarlo enviando una solicitud a través de nuestro correo electrónico [Fundacion.CHUAC@sergas.es](mailto:Fundacion.CHUAC@sergas.es). Leído y comprendido lo anterior, lo acepto y consiento el tratamiento que se me ha notificado.