



## SOLICITUD DE CANCELACIÓN

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 APELLIDOS: \_\_\_\_\_  
 LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_  
 PROVINCIA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
 E-MAIL: \_\_\_\_\_  
 PROFESIÓN: \_\_\_\_\_

Mediante la presente, solicito la cancelación de la inscripción en el/los curso/s:

	NOMBRE DEL CURSO
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	

Y acepto así las condiciones de las que he sido informado/a.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firmado.-

RESPONSABLE	SEBASTIAN BERNAL ZAFRA	FINALIDAD	LA PRESTACIÓN ASISTENCIAL QUE NOS HAS SOLICITADO, ASÍ COMO LAS TAREAS ADMINISTRATIVAS DERIVADAS.
LEGITIMACION	CONSENTIMIENTO DEL INTERES	DESTINATARIOS	NO SE PREVEE CESIONES DE DATOS, SALVO LAS OBLIGADAS POR LEY Y EXISTEN ENCARGADOS DE TRATAMIENTO
DERECHOS	TIENE DERECHO A ACCEDER, RECTIFICAR Y SUPRIMIR, LIMITAR U Oponerse, ASÍ COMO PORTAR SUS DATOS PERSONALES		

