

ENDOTERAPIA, APLICACIÓN EN ZONAS VERDES

En caso de estar interesado en el curso, puedes remitir este formulario a Fundación Idea mediante electrónico a formacion@fundacionidea.com o fax al 91 315 66 40

DATOS ALUMNO

Nombre:		Primer apellido:		Segundo Apellido:	
Fecha de nacimiento	DNI (con letra): <input type="checkbox"/>	Tarjeta de Residencia: <input type="checkbox"/>	Pasaporte: <input type="checkbox"/>		
Dirección:				Código Postal:	
Población:			Provincia:		
Teléfono Fijo:		Teléfono Móvil:			
Email:					

INFORMACIÓN PROFESIONAL

Nº Colegiado ITA:	Nº Colegiado ITI:	Colegio Profesional:
Titulación:		Sector Laboral:

DATOS FACTURACIÓN

Titular <small>(Empresa/particular):</small>		CIF/NIF:
Dirección:		Código Postal:
Población:		Provincia:
Teléfono contacto:	Persona contacto:	
Email:		

El titular autoriza expresamente la remisión de la factura mediante medios telemáticos a la dirección de email asignada anteriormente, pudiendo solicitar su envío exclusivamente por correo postal marcando la siguiente casilla

Desea solicitar la bonificación del curso a través de la Fundación Estatal para la Formación en el Empleo

(antigua Fundación Tripartita): Si No

¿Eres antiguo alumno de Fidea? ¿Qué curso has realizado? **Año:**

Si estás interesado en algún otro curso que no esté incluido dentro de nuestra propuesta formativa, por favor, indícanos cuál:

.....

Nombre, apellidos y firma:

En _____ a _____ de _____ de 20__

