

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN



## CERTIFICACIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA: NORMAS BRC-IFS

En caso de estar interesado en el curso, puedes remitir este formulario a Fundación Idea mediante electrónico a [formacion@fundacionidea.com](mailto: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:<br><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:

El abajo firmante consiente expresamente que sus datos personales sean incorporados a ficheros de titularidad de la Fundación IDEA, cuya dirección es en Madrid en la calle de Guzmán el Bueno, 104 – Bajo, y serán tratados por esta bajo responsabilidad, con la única y exclusiva finalidad de informar de eventos, servicios y productos, teniendo el mismo derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición con respecto a los datos personales que consten en los expresados ficheros, pudiendo revocar su consentimiento por escrito en cualquier momento (Ley 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal).

Asimismo le informamos que sus datos podrán ser utilizados para remitir le información sobre acciones formativas gestionadas por Fundación IDEA/Ángel García-Fogeda Prado. En caso de no desea recibir información marque esta casilla

Nombre, apellidos y firma:

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

