

## 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](mailto:formacion@fundacionidea.com) o fax al 91 315 66 40

### DATOS ALUMNO

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

### INFORMACIÓN PROFESIONAL

<b>Nº Colegiado ITA:</b>	<b>Nº Colegiado ITI:</b>	<b>Colegio Profesional:</b>
<b>Titulación:</b>		<b>Sector Laboral:</b>

### DATOS FACTURACIÓN

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

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\_\_

