

**I JORNADAS FORMATIVAS
ASPACE SEGOVIA.
PRESENTACIÓN DE LA GÚIA
PARA EL SEGUIMIENTO DE LA
PARÁLISIS CEREBRAL EN
ATENCIÓN PRIMARIA.**



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN:

Datos del asistente:

Nombre: _____

Apellidos: _____

Profesión o Titulación: _____

Profesional Sanitario Familiar Afectado por PC o afines Otros:

Lugar de Trabajo: _____

Teléfono: _____

E-mail: _____

Enviar antes del 20 de marzo a las 12.00h a aspacesegovia15@gmail.com

NOTA LEGAL

De acuerdo con lo establecido en la L.O.P.D.C.P. 15/1999, de 13 de diciembre, le comunicamos que los datos facilitados a través de este formulario, podrán ser incorporados en los ficheros de Aspace Segovia, con la finalidad de la gestión de control sobre los cursos de formación.

El interesado consiente que con la misma finalidad, sus datos puedan ser comunicados a las entidades financiadoras y a los proveedores relacionados con el curso. Le informamos que podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante Aspace Segovia .