

Radiofísica Sanitaria e Industrial, S.L.**FICHA DE ALUMNO**

(INDICA TU DIRECCIÓN COMPLETA Y DE FORMA CONCISA PARA EL ENVÍO DE TU ACREDITACIÓN)

LUGAR DE IMPARTICIÓN: _____

FECHA DE REALIZACIÓN: _____

 DIRECTOR OPERADOR

NOMBRE: _____

APELLIDOS: _____

D.N.I.: _____

TITULACIÓN: _____

DIRECCIÓN: _____

LOCALIDAD: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

PROVINCIA: _____ TELÉFONO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

CALIFICACIÓN EXAMEN:

ADJUNTAR COPIA DNI + COPIA TITULACIÓN ACADÉMICA REQUERIDA SEGÚN TIPO DE CURSO Y ENVIAR A formacion@radiofiscas sanitaria.es

Consiento el tratamiento de mis datos e imágenes obtenidas para la realización de este curso y la emisión de la acreditación según recoge la INSTRUCCIÓN IS-17, de 30 de enero de 2008, del Consejo de Seguridad Nuclear.

Le informamos que los datos personales recabados en este formulario serán tratados de forma confidencial y pasarán a formar parte de un fichero cuyo *Responsable de tratamiento* es Radiofísica Sanitaria e Industrial, S.L, para la gestión administrativa y de clientes. Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación de tratamiento, portabilidad o a no ser objeto de tratamiento automatizado de los datos, dirigiendo una comunicación por escrito a C/ Concepción Arenal. 1 1º E, 28924, Alcorcón, Madrid, o al correo electrónico habilitado a tal efecto, dpo.radiofiscas sanitaria@lock4data.es