



COLEGIO OFICIAL  
DE ENFERMEROS DE CASTELLÓN

## SOLICITUD PARA LA INSCRIPCIÓN EN EL CURSO SOBRE ENFERMERÍA Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

D/D<sup>a</sup> ....., con DNI nº.....,

y domicilio en la calle....., nº.....,

de la población....., provincia de.....,

código postal....., teléfono nº.....

E – mail ....., Colegiado nº .....

EXPONE

Que desea ser admitido en el curso de **CURSO SOBRE ENFERMERÍA Y MEDICINA**

**TRANSFUSIONAL.**, que tendrá lugar en el Colegio Oficial de Enfermeros de Castellón a

partir de..... **2023**

Fdo. D/D<sup>a</sup>.....

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal le informamos que los datos personales, que puedan constar en este documento, están incorporados en un fichero cuyo responsable es COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE CASTELLÓN, con la finalidad de gestionar la relación colegial e informarle sobre nuestros servicios y actividades. Si desea ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, deberá dirigirse por escrito a: COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE CASTELLÓN. Avda. Virgen de Lidón, 57 – Bajo. 12004 Castellón