

Formulario lista de espera curso**CICLO DE GRADO SUPERIOR DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR****A cumplimentar por el interesado**

NOMBRE Y APELLIDOS:**DIRECCIÓN:****TELÉFONO:****CORRE ELECTRÓNICO:****FECHA EN LA QUE PRESENTA EL FORMULARIO:****A cumplimentar por el centro educativo**

Nº de orden en la lista:

Grupo Hospitalario Quirón, S.A. con domicilio social en Paseo Mariano Renovales s/n 50006 Zaragoza, le informa de que sus datos personales serán incorporados a un fichero compartido con las empresas que forman el Grupo QUIRÓN (www.quiron.es/es/proteccion_datos), con la finalidad de gestionar los servicios de administración y coordinación del curso necesarios para su realización, así como mantenerle informado sobre otros cursos que puedan ser de su interés, sobre productos y servicios sanitarios, o sobre los centros de GHQ. Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el Grupo QUIRÓN a través de correo postal a la dirección indicada con la referencia "Derechos ARCO", aportando fotocopia de su DNI o documento equivalente, y concretando el derecho que desea ejercer.