

■ ESTUDIOS DE ACCESO AL CICLO:

■ DATOS DEL ALUMNO:

– Apellidos:

– Nombre:

– Fecha de nacimiento:.....

– Teléfono de contacto:.....

– Correo electrónico:

– Dirección:.....

– Población:

– Provincia:

– Código postal:

En _____, el ____ de _____ de 20__.

(Firma solicitante)

IDCQ Hospitales y Sanidad, S.L. con domicilio social en la calle Zurbaran 28, 28010 Madrid, le informa de que sus datos personales serán incorporados a un fichero 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, presencialmente o por correo postal, ante el servicio de Atención al Paciente del centro, a la dirección Carretera Leioa Unbe nº33 bis – 48950 Erandio (Bizkaia) con la referencia “Derechos ARCO”, aportando fotocopia de su DNI o documento equivalente, y concretando el derecho que desea ejercer.