# *CURSOS DE FORMACIÓN*

***TÍTULO DE EDUCADOR/A Y MAESTRO/A EN ARTES ESCÉNICAS INCLUSIVAS FUNDACIÓN PSICO BALLET MAITE LEÓN***

**FICHA DE INSCRIPCIÓN**

|  |
| --- |
| **NIVEL SOLICITADO:** |
| **FECHA:** |
| **Nº HORAS:** |

# *DATOS PERSONALES*



**IMPORTE:**

|  |
| --- |
| *N.I.F. :* |
| *NOMBRE Y APELLIDOS:* |
| *DIRECCIÓN:* |
| *CÓDIGO POSTAL:* |
| *LOCALIDAD:* |
| *PROVINCIA:* |
| *TELÉFONO:* |
| *TELÉFONO MÓVIL:* |
| *CORREO-E:* |
| *Nº CUENTA EN CASO DE DEVOLUCIÓN:* |

MARQUE AQUÍ SI SU DOMICILIO Y TELÉFONO NO HA CAMBIADO

*ESTUDIOS:*

*DATOS LABORALES (OPCIONAL):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Deseo recibir información de las actividades de la Fundación.** | **SÍ** | **NO** |
| **Permito que la Fundación Psico Ballet tome fotos durante el** |  |  |
| **curso para uso de la escuela** | **SÍ** | **NO** |

## Lugar y Fecha: Fundación Psico Ballet Maite León

(sello)

Fdo.:

Estos datos personales serán incluidos en la base de datos del Área de formación de La Fundación Psico Ballet Maite León y serán utilizados con fines de promoción de la oferta formativa y actividades de la Fundación. En cualquier momento puede acceder, modificar o cancelar sus datos en:

C/ Vizconde de los Asilos, nº.5 – 28027 Madrid; Telf. (00) 34 91 742 23 20; Fax. 91 742 29 05 y/o [cursos@psicoballetmaiteleon.org](mailto:cursos@psicoballetmaiteleon.org)