



**SOLICITUD DE INCRIPCIÓN EN CURSO DE FORMACIÓN**  
(Es imprescindible rellenar todos los campos para posibilitar la selección)

I DATOS PERSONALES			
Nombre y apellidos			NIF
Dirección			
Ciudad	C.P.		Teléfono
e-mail particular <sup>(*)</sup>			
Afiliado al Sindicato:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Cursos realizados con CSIT-Unión Profesional:	Ninguno <input type="checkbox"/>	Entre 1 y 3 <input type="checkbox"/>	Entre 4 y 10 <input type="checkbox"/> Más de 10 <input type="checkbox"/>

II DATOS PROFESIONALES			
Ayuntamiento/Organismo			
Servicio/Centro de Trabajo			
Teléfono	Fax		Denominación puesto
Correo Electrónico trabajo <sup>(*)</sup>			
Vinculación:	Funcionario de carrera <input type="checkbox"/>	Funcionario interino <input type="checkbox"/>	
	Laboral fijo <input type="checkbox"/>	Laboral temporal <input type="checkbox"/>	

III DATOS DEL CURSO SOLICITADO
Denominación

(\*) Autorizo al sindicato CSIT-Unión Profesional a mandarme información vía correo electrónico

Madrid, de de

(FIRMA DEL/ DE LA SOLICITANTE)

Los datos aportados en esta hoja de solicitud, se incorporan a la base de datos de CSIT-Unión Profesional, quedando a tu disposición para ejercer tus derechos de acceso, rectificación y cancelación dirigiéndote a la sede sindical C/ Sagasta, 13 6º - 28004-Madrid, de conformidad con la L.O.15/99 de 13 de diciembre de Protección de datos.