



4. FICHA DE INSCRIPCIÓN PARA PROGRAMAS DIRIGIDOS AL PROFESORADO

Centro: _____ Distrito: _____ Horario: _____
 Dirección: _____ CP: _____ Teléfono1: _____ Teléfono2: _____ Fax: _____
 Persona de contacto y cargo: _____ Email1: _____ Email2: _____

Anote el nombre y apellidos de docente/s solicitante/s de su centro y marque con X la etapa educativa así como tema/s a solicitar:

| NOMBRE Y APELLIDOS | SECUNDARIA | EDUCACIÓN ESPECIAL | ADULTOS | PRIMEROS AUXILIOS Y SOPORTE VITAL BÁSICO | | ALIMENTACIÓN SALUDABLE | EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL | "YO TAMBIÉN SIENTO" |
|--------------------|------------|--------------------|---------|--|-----------------------------------|------------------------|---------------------------|---------------------|
| | | | | Lunes (Febrero) | Martes (durante el curso escolar) | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Por favor, indique **otros temas de salud** que le resulten de interés:

Cumplimente los datos correspondientes de esta ficha de inscripción y remítala a la UPS correspondiente. Para ello puede pulsar el botón GUARDAR y enviarla por correo electrónico (como archivo adjunto) o bien pulsar el botón IMPRIMIR y remitirla por fax. Consulte dirección de correo electrónico o nº de fax en la página 47 "Fórmulas de Inscripción" incluida en el cuaderno de oferta de los programas de salud.

Fecha límite de recepción de solicitudes: 25 de Octubre de 2019.