



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	DFE	PRIMEROS AUXILIOS Y SOPORTE VITAL BÁSICO	ALIMENTACIÓN SALUDABLE	EDUCACIÓN AFECTIVO SEXUAL

Por favor, indique su preferencia para el día de la semana en el que realizar el curso: _____

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 43 “Fórmulas de Inscripción” incluida en el cuaderno de oferta de los programas de salud.

Fecha límite de recepción de solicitudes: 28 de Octubre de 2016.

CERRAR

IMPRIMIR

GUARDAR