

FICHA DEL ALUMNO CÓDIGO DEL CURSO:

Nº DEL ALUMNO:

CURSO DE SOCORRISTA

INTENSIVO Y PRESENCIAL EN VERA

FOTO

NOMBRE:

APELLIDOS:

DOMICILIO:

C. POSTAL:

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

FECHA DE NACIMIENTO:

LUGAR DE NACIMIENTO:

D.N.I. nº:

TELÉFONOS:

E-MAIL:

Documentos que adjunta:	SI	NO
-D.N.I.:		
- Certificado médico:		
- Certificado académico:		

FICHA DEL ALUMNO CÓDIGO DEL CURSO:

Nº DEL ALUMNO:

En cumplimiento de la normativa vigente en materia de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos personales que nos proporciona, serán tratados por **SAMA 2005, S.L.** con la finalidad de llevar a cabo las tareas administrativas y de gestión del curso en el que se inscribe.

Los datos personales proporcionados se conservarán mientras no se solicite su supresión por el interesado, se mantenga la relación entre las partes o durante el plazo que fije la normativa aplicable en la materia. La legitimación para el tratamiento de datos se basa en la prestación del servicio llevado a cabo por la entidad. No se cederán datos salvo obligación legal.

El interesado puede ejercer los derechos de acceso a sus datos personales, rectificación, supresión, limitación de tratamiento, oposición, portabilidad, derecho a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, así como la revocación del consentimiento prestado. Para ello podrá dirigir un escrito a **Calle Diego Caparros Segura S/N- 04621 Vera (Almería)** o también puede enviar un email al Responsable, o en su caso, al Delegado de Protección de Datos a **sama2005adm@hotmail.com** adjuntando documento que acredite su identidad. Además, el interesado puede dirigirse a la Autoridad de Control en materia de Protección de Datos competente para obtener información adicional o presentar una reclamación.

CONSENTIMIENTO

SI NO

Para el envío de información sobre otras formaciones impartidas por la entidad. (Si acepta el tratamiento de sus datos con esta finalidad marque la casilla SI).

SI NO

Para el uso de su imagen personal con la finalidad de divulgar y difundir en distintos medios de comunicación, redes sociales, página web, televisión y otros soportes las actividades de la entidad (Si acepta el tratamiento de sus datos con esta finalidad marque SI).

SI NO

Para formar parte del grupo de WHATSAPP creado por la entidad, haciéndole saber que en este caso todos los miembros del grupo tendrán acceso a su información personal de perfil contenida en esta aplicación (Si acepta el tratamiento de sus datos con esta finalidad, marque la casilla SI)

FECHAS y LUGAR DEL CURSO: Del 1 al 29 de mayo de 2026 en Vera.

Firmado: _____ Fecha: _____