

CURSO DE CAPACITACIÓN DIXITAL

FICHA DE INSCRICIÓN

1. DATOS DO/A SOLICITANTE

NOME _____ APELIDOS _____

DNI. _____ DATA DE NACEMENTO: _____ IDADE _____

ENDEREZO COMPLETO _____

TELÉFONOS _____

MARQUE CUN X	N.º DE CURSO	CURSO	DATA DE INICIO	DATA DE FIN
	1	NIVEL INTERMEDIO	28/10/2024	14/11/2024

OBSERVACIÓNS : CURSO DE 30 HORAS DE DURACIÓN 3 DÍAS Á SEMANA DE 16:30H A 20:15H

(ESTABLECIDO POLO I.E.S. ANTÓN LOSADA DIEGUEZ)

LUGAR DE ACTIVIDADE: I.E.S. ANTÓN LOSADA DIEGUEZ

TELÉFONO INFORMACIÓN SOBRE O CURSO: 886151924

Os datos desta solicitude serán remitidos ao I.E.S. ANTÓN LOSADA DIEGUEZ.

A Estrada, a de de 2024

Asdo. O/a solicitante