



SOLICITUD PROPUESTA DE CURSO A REALIZAR POR LOS SOCIOS DE LA UARM

SOCIO QUE LO PROPONE*		
NOMBRE DEL CURSO*		
NOMBRE DEL PROFESOR*		
<i>HORAS PREVISTAS:</i>	<i>Nº PLAZAS:</i>	<i>PRECIO:</i>
DESCRIPCIÓN DEL CURSO*		

1. Los campos que llevan asterisco son obligatorios. Los campos en cursiva son opcionales, aunque importantes.
2. Se puede adjuntar documentos tales como curriculum u otros.

En cumplimiento de la L.O.15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que todos los datos personales facilitados por usted se han incorporado al fichero del que es Responsable la Unión de Actores de la Región de Murcia. La finalidad de dicho fichero es la correcta gestión de la relación entre la UARM y el profesor para las gestiones necesarias referentes a la realización de cursos.



SOLICITUD PROPUESTA DE CURSO A REALIZAR POR LOS SOCIOS DE LA UARM

DATOS DE CONTACTO PROFESOR	Nombre*: Teléfono*: E-mail*: <i>Web:</i>
CURRÍCULUM*	

1. Los campos que llevan asterisco son obligatorios. Los campos en cursiva son opcionales, aunque importantes.
2. Se puede adjuntar documentos tales como currículum u otros.

En cumplimiento de la L.O.15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que todos los datos personales facilitados por usted se han incorporado al fichero del que es Responsable la Unión de Actores de la Región de Murcia. La finalidad de dicho fichero es la correcta gestión de la relación entre la UARM y el profesor para las gestiones necesarias referentes a la realización de cursos.