



* Nº DE ORDEN

Asociación de Personas Sordas de Cáceres
A.P. S. CC.
(Declarada de Utilidad Pública)

CURSO DE LENGUA DE SIGNOS FORMALIZACIÓN DE MATRÍCULA

FECHA _____

NIVEL **A1**

A2

TURNO

MAÑANA

TARDE

NOMBRE: _____

APELLIDOS: _____

DNI _____

TFNO. FIJO _____ TFNO. MOVIL _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

**PARA QUE LA MATRÍCULA SE CONSIDERE REALIZADA SE DEBERÁ
ABONAR, EL IMPORTE CORRESPONDIENTE AL PRIMER MES DEL CURSO,
EN LA SIGUIENTE CUENTA:**

CAJA DE EXTREMADURA
2048/1201/60/3400038516

PLAZAS LIMITADAS POR ORDEN DE INSCRIPCIÓN.

OBSERVACIONES _____

*. ~~a rellenar por la entidad.~~

Le informamos que los datos obtenidos a través de este formulario, así como su Dirección de correo electrónico, han sido incorporado, a un fichero del cual es Responsable esta entidad, con el fin de enviarles información sobre los cursos que Impartimos. La APSCC se compromete los datos recogidos únicamente para la finalidad anteriormente mencionada. Puede ejercer su derecho de acceso, rectificación cancelación u oposición en los términos establecidos en la Ley Orgánica de 15/1999 en la dirección abajo indicada.