

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DEL CURSO
terapia familiar e intervenciones

DATOS PERSONALES

- Nombre y apellidos:
- DNI:
- Domicilio:
- Ciudad y CP:
- Email:
- Teléfono:

FORMACIÓN

EXPERIENCIA LABORAL

Firma

Fecha

PROTECCIÓN DATOS: Reglamento Europeo de Protección de Datos 2016/679 y Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales; **Responsable:** PSICOTERAPIA SOLUCIONES S.L.; C/ FISCAL LUIS PORTERO GARCIA 3-432 BLQ.4 PISO 3 PTA. 2, - 29010 MALAGA (Málaga). E-mail: solucionespsicologia@gmail.com; **Finalidad:** Prestar el servicio solicitado y mantener la comunicación necesaria con usted en relación con el mismo; **Legitimación:** Relación contractual y/o consentimiento; **Conservación:** Sus datos se conservarán mientras se mantenga la relación o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales; **Destinatarios:** Los datos no se cederán salvo que sea necesario para la realización del servicio o por obligación legal; **Derechos:** Puede ejercer do acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición y a presentar una reclamación ante la AEPD.