

## FICHA DE ADHESIÓN PAJEPS 2018

### • DATOS DE LA ENTIDAD O AGENTE DE SALUD QUE PRESENTA AL CANDIDATO/A

<b>*NOMBRE</b>	*Nombre de la Entidad o Agente de Salud que presenta al candidato/a.		
<b>DIRECCIÓN</b>			
<b>POBLACIÓN</b>		<b>PROVINCIA</b>	
<b>C. POSTAL</b>		<b>TELÉFONO</b>	
<b>E-MAIL</b>			

FIRMA O SELLO QUE AVALA AL CANDIDATO/A	<b>PERSONA DE CONTACTO</b>	
	<b>PUESTO O CARGO</b>	

### • DATOS DE LOS CANDIDATOS/AS

<b>NOMBRE Y APELLIDOS</b>			
<b>NIVEL DE ESTUDIOS</b> (ESO, Bachillerato, Universitarios, Postgrado)	*Especificar Carrera		
	<input type="checkbox"/> Terminados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> En curso
<b>ROL EN ENTIDAD</b>	<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Voluntari@	<input type="checkbox"/> Docente/Trabajo
<b>TELÉFONO</b>		<b>E-MAIL</b>	

<b>NOMBRE Y APELLIDOS</b>			
<b>NIVEL DE ESTUDIOS</b> (ESO, Bachillerato, Universitarios, Postgrado)	*Especificar Carrera		
	<input type="checkbox"/> Terminados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> En curso
<b>ROL EN ENTIDAD</b>	<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Voluntari@	<input type="checkbox"/> Docente/Trabajo
<b>TELÉFONO</b>		<b>E-MAIL</b>	

### • INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA (CUMPLIMENTAR OBLIGATORIAMENTE MARCANDO CON UNA X)

TIPO DE ENTIDAD DE LA QUE PROVIENE (marque una opción)		ÁMBITO DE ENTIDAD	
<input type="checkbox"/> Instituto	<input type="checkbox"/> Política	<input type="checkbox"/>	Local
<input type="checkbox"/> Universidad	<input type="checkbox"/> Voluntariado	<input type="checkbox"/>	Regional
<input type="checkbox"/> Profesional	<input type="checkbox"/> Fundación	<input type="checkbox"/>	Nacional
<input type="checkbox"/> Tiempo libre	<input type="checkbox"/> Asociación	<input type="checkbox"/>	Internacional

**PLAZO DE RECEPCIÓN:** HASTA EL 18 DE JUNIO 2018 (RECUERDA ADJUNTAR CURRÍCULUM CON FOTO)

**ENVIAR A:** E-mail: [agentesdesalud@fundadeps.org](mailto:agentesdesalud@fundadeps.org). Dirección postal: HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS, Servicio Medicina Preventiva. 3ª Norte. C/ Profesor Martín Lagos s/n. 28040 MADRID. (FUNDADEPS / CANDIDATURA PAJEPS 2018)

**TELÉFONO DE CONTACTO:** 91 330 34 22/ 91 330 30 00 (EXT. 2524)

Los datos facilitados tienen carácter confidencial y se incorporarán a un fichero del que es titular y responsable FUNDADEPS, con CIF G-83500512, con la finalidad de gestionar la solicitud de inscripción a la que refiere este curso y el envío de información sobre actividades de la referida Fundación. FUNDADEPS asume la responsabilidad de la adopción de medidas de seguridad de índole técnica y organizativa para proteger la confidencialidad e integridad de la información, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación aplicable, pudiendo ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición previstos en la referida ley mediante comunicación escrita dirigida a FUNDADEPS, Hospital Clínico San Carlos. Servicio de Medicina Preventiva sita en calle Profesor Martín Lagos s/n, 28040 Madrid, indicando en el sobre "LOPD".