

DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE:			
Apellido 1º:		Apellido 2º:	
Fecha de Nacimiento:		Lugar de nacimiento:	
DNI:		e-mail:	Teléfono 1:
Teléfono 2:		Dirección:	C.P.:
Localidad:		Provincia:	

EXPERIENCIA PROFESIONAL

<i>Puesto de trabajo</i>	<i>Empresa o Institución</i>	<i>Periodo</i>

FORMACIÓN

<i>Titulación</i>	<i>Centro que la expide</i>	<i>Año exped.</i>
<i>¿Posee usted formación específica en el ámbito de la gestión de la calidad y la certificación?</i>	<i>Sí:</i>	<i>No:</i>

En caso afirmativo, por favor, especifíquela:

Para la FQS es importante conocer en cuál de nuestras áreas de trabajo le gustaría colaborar. Muchas gracias por el interés:

*AVISO LEGAL - LOPD (Ley Orgánica de Protección de Datos de
Carácter Personal)*

En cumplimiento con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos personales serán tratados y quedarán incorporados en ficheros responsabilidad de la Fundación Centro Regional de Calidad y Acreditación Sanitaria de Castilla y León, con la finalidad de efectuar un registro de colaboradores.

Los datos que se le solicitan resultan necesarios, de manera que de no facilitarlos no será posible la prestación del servicio requerido. En este sentido, usted consiente expresamente la recogida y el tratamiento de los mismos para la citada finalidad.

En todo caso, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a la sede social, sita en Plaza Juan de Austria, 5 - 2ª planta, 47006 - Valladolid. Le rogamos que en el supuesto de producirse alguna modificación en sus datos de carácter personal, nos lo comunique con el fin de mantener actualizados los mismos.