**FACULTAD DE EDUCACIÓN Y HUMANIDADES.**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD.**

**ASOCIACIÓN CUENTA CON NOSOTROS MELILLA. ENFERMEDADES RARAS.**

NOMBRE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NIF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CORREO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELEFONO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

SOLICITA SU INSCRIPCIÓN EN EL CURSO EDUCANDO EN ENFERMEDADES RARAS

**ESTUDIANTE (Grado y Curso): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

**COMENTARIOS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

**Melilla a \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

**Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

**IMPRESCINDIBLE CUPLIMENTAR ESTA FICHA CON LETRA MAYÚSCULA Y LEGIBLE Y HACER LLEGAR A LA ASOCIACION PARA PODER EXPEDIR EL CERTIFICADO QUE ACREDITA LA PARTICIPACION EN EL CURSO Y LOS EVENTOS QUE LA ASOCICIÓN REALICE.**

**Nuestro objetivo es que las personas afectadas por estas patologías y sus familias tengan una calidad de vida digna y un apoyo incondicional en su lucha y para ello necesitamos recursos humanos.**

**Dado cumplimiento a la Ley Orgánica 15/1999 de 13/12, la Asociación Cuenta con Nosotros Melilla informa al interesado que:**

**La aportación de datos solicitados en esta ficha es de carácter voluntario. Los datos solicitados son primordiales y básicos para el envío con garantías de la documentación que la Asociación pone a disposición de sus asociados. El interesado tiene pleno derecho de consulta, rectificación, cancelación y oposición sobre los datos reflejados en esta ficha. Estos se utilizarán exclusivamente para la difusión de la información y noticias relativas a los afectados por las Enfermedades Raras y las propias del funcionamiento de la Asociación.**