

Solicitud afiliación como Alumno a COFENAT

* Escuela de procedencia:	
* Nombre y Apellidos:	
* DNI / NIF / BIE / PASAPORTE:	
* Fecha de Nacimiento:	* Teléfono:
* E-mail:	
* Estudiante de:	
* Fecha inicio curso:	
* Fecha probable finalización curso:	
Cursos terminados	
¿Ejerce en la actualidad?:	
* Fecha:	
☐ Acepto que COFENAT incorpore su sello de Calidad en el diploma de mi Centro de Formación, así como a recibir Emails y News. Dicha solicitud será evaluada por la Asociación atendiendo al contenido, la formación recibida y su implicación con los fines de la Asociación y muestro mi voluntad de afiliarme a AUMCA (Asociación de Usuarios de la Medicina Complementaria y Alternativa), sin coste alguno y a ser informado de cuantas iniciativas y proyectos se desarrollen.	
Firma del alumno	Firma y sello Escuela procedencia
A rellenar, en caso de ser menor de edad el alumno: Nombre, apellidos y NIF madre/padre/o tutor legal. Autorizo a COFENAT a remitir correos y acreditación del diploma a la persona arriba indicada. Firmado:	
dpto.formacion@cofenat.es - www.cofenat.es	
De acuerdo con lo establecido en el Reglamento Europeo 2016/679 de 27 de abril de 2016 de protección de datos, le informamos que sus datos están incorporados a nuestros ficheros, con la finalidad de mantener relaciones profesionales y/o comerciales. Si lo desea, puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, en los términos establecidos legalmente, dirigiéndose a: APTN COFENAT - Responsable Protección de Datos - Núñez Morgado, 9 - 28036 - Madrid	

RELLENAR CON LETRA CLARA Y EN MAYÚSCULAS
Los Campos con * son obligatorios.