

Registro

RECLAMACIÓN:

D. /D^a. _____ con D.N.I. _____
con domicilio a efectos de notificación en C/ _____, Nº _____,
piso _____, letra _____, C.P. _____, provincia _____;
localidad _____,

EXPONE:

Empty box for the 'EXPONE' section.

SOLICITA:

Empty box for the 'SOLICITA' section.

PRESENTA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

Empty box for the 'PRESENTA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN' section.

En Segovia a _____.

Firmado:

SR. DIRECTOR DEL CENTRO INTEGRADO DE FORMACIÓN PROFESIONAL FELIPE VI

Imprimir

De conformidad con lo establecido en la LO 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, los datos aportados en este formulario serán incorporados a un fichero para su tratamiento automatizado. Le comunicamos que podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a la Dirección General de Formación Profesional en la Avenida del Monasterio de Nuestra Señora del Prado s/n, C.P. 47014, Valladolid