MINISTERIO
DE SANIDAD

Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
HOSPITAL COMARCAL MELILLA

Formulario de Inscripción - Atención Especializada

Nombre de la actividad: _

Fecha de realización:_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Observaciones: LAS INSCRIPCIONES DEBERÁN ENVIARSE AL CORREO: forcontinua.ae.melilla@ingesa.sanidad.gob.es

(Deberá escribir sus datos en letra legible.)

NOMBRE:
....

APELLIDOS:
....

DNI: **TELÉFONO DE CONTACTO:**
....

CORREO ELECTRÓNICO
....

CATEGORÍA PROFESIONAL EN LA QUE SE TRABAJA:
....

CENTRO DE TRABAJO:
....

SERVICIO:
....

FORMAS DE ENTREGA:

Remitirla al correo forcontinua.ae.melilla@ingesa.sanidad.gob.es.

NOTIFICACIÓN DE ADMISIÓN

Una vez finalizado el plazo de inscripción, en caso de ser admitido, se le comunicará a través de su correo electrónico. Además, se publicará la relación de admitidos, en el tablón de anuncios de formación continuada, y en la Intranet del hospital y de atención primaria.
En caso necesario, solicitar los días de formación en su centro de trabajo.

AVISO LEGAL

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos, se informa que los datos personales facilitados en el presente formulario serán incorporados en un fichero que tendrá como finalidad servir de soporte de información a la gestión administrativa de la actividad formativa que se realice.

Fecha: **Firma:**