



Máster y Diplomatura de Postgrado en PSICOGERIATRÍA

Boletín de pre-inscripción

 Máster Diplomatura

Nombre _____

Apellidos _____

Dirección _____ CP _____ Población _____

Teléfono _____ Fax _____ E-mail _____

Centro de trabajo _____

Dirección _____ CP _____ Población _____

Teléfono _____ Fax _____ E-mail _____

Médico Diplomado en Enfermería Terapeuta Ocupacional Otros
 Psicólogo Trabajador Social Diplomado en Fisioterapia _____

Enviar el boletín, Currículum Vitae y justificación del interés por el curso a la Secretaría de Sagrat Cor, Serveis de Salut Mental.

Av. Comte Llobregat 117, 08760 Martorell, teléfono 93 775 22 00, fax 93 775 19 94, e-mail jsanchez.hsagratcor@hospitalarias.es

De conformidad con lo establecido en el Reglamento UE 679/2016 General de Protección de Datos, le informamos y solicitamos su consentimiento, sobre los siguientes puntos:

Responsable del tratamiento: Hermandades Hospitalarias HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN, Av Comte de Llobregat 117, 08760 Martorell, Barcelona, Tel 937.752.200, www.hospitalssagratcornartorell.org, dpd.hsagratcor@hospitalarias.es. Finalidad del tratamiento: Gestionar su solicitud de inscripción y participación en las 24 Jornadas de Actualización en Psicogeriatría, así como mantenerle informado de futuros cursos / eventos en caso de que así lo autorice.

DESEO me informen sobre futuros eventos formativos / jornadas. Plazo de conservación: El plazo de conservación de los datos, será el necesario para el desarrollo de la actividad, y en su caso, mientras disponemos de su consentimiento, en tanto no lo revoque. Legitimación: Los datos son tratados para la ejecución de un contrato, y / o sobre la base de su consentimiento expreso mediante la firma de la presente autorización Destinatarios de los datos (cesiones o transferencias): No se prevé transferencia internacional de datos. derechos: Usted podrá ejercitar los derechos de Acceso, Rectificación, Portabilidad, Limitación del tratamiento, Supresión o, en su caso, Oposición. Para ejercitar los derechos deberá presentar un escrito en la dirección arriba señalada, dirigido al Delegado de Protección de Datos. Deberá especificar qué este derechos solicita que sea satisfecho y, a su vez, deberá acompañarse de la fotocopia del DNI o documento identificativo equivalente. En caso de que actuara mediante representante, legal o voluntario, deberá aportar también documento que acredite la representación y documento identificatiu del mismo. Asimismo, en caso de considerar vulnerado su derecho a la protección de datos personales, podrá interponer una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (www.agpd.es).

En _____, a _____ de _____ de 201_ NOMBRE Y APELLIDOS _____ Firma: _____