**SOLICITUD CURSO DE FORMACIÓN**

**ASOCIACIÓN ALZHEIMER LEON**

Entidad

**ATENCIÓN A ENFERMOS DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS**

ACCIÓN FORMATIVA

**DATOS DEL ALUMNO**

Apellidos y Nombre

Dirección Tfno fijo Tfno móvil

CP Localidad Correo Electrónico

*D.N.I.*

*Fecha de nacimiento* *Sexo* *Discapacidad*  Sí No

*CUIDADOR NO PROFESIONAL*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CUIDADOR PROFESIONAL.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El abajo firmante autoriza a la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de León para la utilización, tratamiento y comunicación de sus datos en los términos expuestos.

El abajo firmante no autoriza a la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de León para la utilización, tratamiento y comunicación de sus datos en los términos expuestos.

En\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del alumno