



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:	
*He leído y acepto la protección de datos	
Firma del alumno	Firma y sello Escuela procedencia
A rellenar, en caso de ser menor de edad: 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	
<small>Muestro mi voluntad de afiliarse a AUMCA (Asociación de Usuarios de la Medicina Complementaria y Alternativa), sin coste alguno y a ser informados de cuanta iniciativa y proyecto se desarrolle. Tachar en caso contrario.</small>	
<small>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</small>	
<small>La firma de esta solicitud, te da derecho a recibir de forma gratuita toda la información relativa a Terapias Naturales que difunde COFENAT, así como acreditar tu diploma mediante el sello de calidad, siempre y cuando no se haya producido baja en la recepción de mail y news, en cuyo caso no se procederá a la acreditación de diplomas.</small>	

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