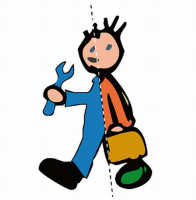
Delegación de Educación
Ayto. de Chiclana de la Fra.



Curso escolar: _____/_____

Este documento es confidencial

RELACIÓN NOMINAL DE ASEGURADOS

PROYECTO DE REINSERCIÓN EDUCATIVA A TRAVÉS DEL PROGRAMA DE CUALIFICACIÓN PROFESIONAL INICIAL

Nº Exp.	Nombre	Apellidos	DNI	Fecha nacimiento / Edad	Fecha Alta	Fecha Baja	Empresa / Entidad	Actividad

De conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999de Protección de Datos de Carácter Personal, el Excmo. Ayuntamiento de Chiclana de la Frontera, le informa que los datos personales que nos proporcione, serán incorporados a un fichero de datos de carácter personal responsabilidad de la Delegación Municipal de Educación, con la finalidad de gestionar las comunicaciones que pudieran establecerse entre dicha Administración y terceros, a través del presente cauce.