



FEDERACIÓN DE SALVAMENTO Y SOCORRISMO
DE CASTILLA Y LEÓN

FEDERACIÓN DE SALVAMENTO Y SOCORRISMO DE CASTILLA Y LEÓN

DATOS PERSONALES DEL INTERESADO	
NOMBRE:	APELLIDOS:
DOMICILIO:	C.P.:
LOCALIDAD:	PROVINCIA:
DNI:	E-MAIL:
TELÉFONO FIJO:	TELÉFONO MÓVIL:
FECHA DE NACIMIENTO:	LUGAR DE NACIMIENTO:

DATOS PERSONALES DEL REPRESENTANTE LEGAL (SOLO PARA LOS MENORES DE EDAD)	
NOMBRE:	APELLIDOS:
DOMICILIO:	C.P.:
LOCALIDAD:	PROVINCIA:
DNI:	TELÉFONO:

DATOS DEL CURSO	
FECHA DE CELEBRACIÓN:	LUGAR DE CELEBRACIÓN:
SOLICITA CONVALIDAR:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ASIGNATURAS QUE SOLICITA CONVALIDAR:	
DOCUMENTACIÓN QUE ADJUNTA:	
<input type="checkbox"/> 1 FOTOCOPIA D.N.I.	
<input type="checkbox"/> DECLARACIÓN JURADA DE APTITUD FÍSICA Y PSÍQUICA	
<input type="checkbox"/> CLAUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS	

....., a ... de de 20.....

Fdo.:
(El interesado o el representante legal en el caso de los menores de edad)

ESTE IMPRESO DEBERÁ SER CUMPLIMENTADO A MANO, OBLIGATORIAMENTE, POR LA PERSONAL QUE LO FIRME.