

## BECAS DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA

**2010**

### ACEPTACIÓN DEL CENTRO (Exclusivamente programa 2 - Salud)

(Por favor, cumplimente en letras mayúsculas o mecánicamente)

Completar el siguiente documento con los datos de la persona que acepta la solicitud de la beca. Una vez cumplimentado, se aportará al expediente de solicitud por parte del becario:

#### DATOS DEL CENTRO

Centro .....

Dirección ..... Ciudad .....

País ..... Provincia ..... Código Postal .....

Teléfono ..... E-mail .....

#### DATOS DE LA PERSONA QUE AUTORIZA EN EL CENTRO

Nombre ..... Apellidos .....

Cargo que ocupa .....

Departamento/Área ..... Teléfono de contacto .....

E-mail .....

#### DATOS DEL PROYECTO FORMATIVO

Título .....

Área en la que desarrollará la formación .....

Duración: Fecha de inicio ..... Fecha fin .....

Persona responsable .....

Tiempo de dedicación/colaboración durante la formación .....

Observaciones .....

.....

Fecha .....

**Firma y sello exclusivamente del centro que acepta la beca**

El interesado **autoriza** el tratamiento de los datos personales suministrados voluntariamente a través del presente documento y la actualización de los mismos con la finalidad de realizar la gestión del curso solicitado, y el envío de información sobre las actividades de FUNDACIÓN MAPFRE, incluso a través de medios electrónicos.

El fichero creado está ubicado en MAPFRE Servicios Informáticos, bajo la supervisión y control de FUNDACIÓN MAPFRE, Paseo de Recoletos, 23. 28004 Madrid (España), quien asume la adopción de las medidas de seguridad de índole técnica y organizativa para proteger la confidencialidad e integridad de la información, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación mediante comunicación escrita dirigida a la dirección anteriormente indicada.

Vd. puede marcar esta casilla en caso de oponerse al tratamiento y comunicación de los datos de carácter personal para finalidades indicadas anteriormente distintas de la gestión del curso solicitado.

En caso de que los datos facilitados se refieran a personas físicas distintas del interesado, éste deberá informarles de los extremos contenidos en los párrafos anteriores.

**FUNDACIÓN MAPFRE. Instituto de Prevención, Salud y Medio Ambiente.**  
**Paseo de Recoletos, 23. 28004 Madrid (España). Teléfono: (+34) 91 581 64 19. Fax: (+34) 91 581 85 35 / 60 70**  
**Para más información: [www.fundacionmapfre.com/becasespecializacion](http://www.fundacionmapfre.com/becasespecializacion)**