

**FICHA - REGISTRO DE PARTICIPANTES EN ACTIVIDADES DE FORMACIÓN A DISTANCIA  
CSI-CSIF NACIONAL**

Curso Nº	Título					Mes	
<b>DATOS PERSONALES (1)</b>							
Apellidos y Nombre						NIF, Pasaporte, etc.	
Domicilio particular						Ingreso en Nº de cuenta	
Email						0075 0446 44 0600 182 967	
Localidad	Provincia	Código Postal	Teléfono	Móvil	Importe	€	
<b>DATOS PROFESIONALES y Nivel/Etapa que imparte (1)</b>							
Centro de destino Docente						Código del Centro	
Localidad		Provincia	Código Postal	Teléfono	Comunidad Autónoma		
<input type="checkbox"/> Funcionario/a MEC	<input type="checkbox"/> Interino/a MEC o CCAA		<input type="checkbox"/> Otros funcionarios (Universidad, CC.AA., etc)				
<input type="checkbox"/> Profesor/a Privada concertada	<input type="checkbox"/> Profesor/a Privada no concertada						
<input type="checkbox"/> Educación Infantil	<input type="checkbox"/> Formación Profesional		<input type="checkbox"/> Educación Permanente de adultos				
<input type="checkbox"/> Educación Primaria	<input type="checkbox"/> Enseñanzas Artísticas y de Idiomas		<input type="checkbox"/> Equipos Orientación. Educ. y Psicopedagogía				
<input type="checkbox"/> Enseñanza Secundaria Obligatoria	<input type="checkbox"/> Escuelas Oficiales de Idiomas		<input type="checkbox"/> Personal de nacionalidad extranjera				
<input type="checkbox"/> Bachillerato	<input type="checkbox"/> Educación Especial		<input type="checkbox"/> Personal de otros ámbitos administrativos				
<b>Cuerpo Docente de procedencia (sólo para funcionarios/as):</b>							
<input type="checkbox"/> Maestros	<input type="checkbox"/> Prof. Ens. Secundaria		<input type="checkbox"/> Prof. Técnicos de Formación Profesional				
<input type="checkbox"/> Prof. de Esc. Of. de Idiomas	<input type="checkbox"/> Catedráticos de Música y Artes Esc.		<input type="checkbox"/> Prof. de Música y Artes Esc.				
<input type="checkbox"/> Prof. de Artes Plást. y Diseño	<input type="checkbox"/> Maestros de taller Artes Plást. y Diseño		<input type="checkbox"/> Inspect. de Educ. e Inspect. al servicio de la Admin. Educativa				
<b>Cumplimentar sólo los responsables de actividades</b>							
<input type="checkbox"/> Director/a	<input type="checkbox"/> Coordinador/a y/o secretario/a	<input type="checkbox"/> Tutor/a	<input type="checkbox"/> Profesor/a	<input type="checkbox"/> Ponente	Horas		
Título de la/s ponencia/s (en su caso):							

El abajo firmante DECLARA que son ciertos los datos consignados en esta ficha, comprometiéndose—si fuese requerido—a probar documentalmente todos los datos que figuran en ella.

.....a.....de.....de 200...

**Firma del Participante**

(1) Los DATOS PERSONALES y los DATOS PROFESIONALES deberán estar cumplimentados en su totalidad.  
De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, doy mi consentimiento para que mis datos puedan ser incorporados a la base de datos de CSI-CSIF, pudiendo ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los mismos mediante comunicado por escrito dirigido a CSI-CSIF.