



## Solicitud de inscripción

Nombre del curso: \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Cumplo con la condición de\*:

- Colegiado COLEF – con el nº \_\_\_\_\_
- Estudiante FCCAFE
- Estudiante Fisioterapia

\*Obligatorio adjuntar la acreditación correspondiente

Breve currículum:

Motivos por los que desea realizar el curso:

¿Cómo ha conocido el curso?

- A través de internet
- A través del COLEF
- A través de Orthos
- A través de un e-mail informativo
- A través de un conocido
- En la universidad
- A través de un folleto
- Otros medios. Indicar: \_\_\_\_\_