



SOLICITUDE DE INSCRICIÓN AO CURSO “PREVENCIÓN E ATENCIÓN Á DEPENDENCIA”

DATOS DA PERSOA PARTICIPANTE:

Nome:	Apelidos:
DNI:	Teléfono:
Correo electrónico:	
Enderezo:	
Código Postal:	Poboación:

Co fin de facilitar a asistencia a este curso, pedímoslle que nos ofrezca os seguintes datos, para axustarnos o máis posible á dispoñibilidade das persoas asistentes.

Está empadroadado/a no concello de A Illa de Arousa? Si Non

É cuidador/a dunha persoa dependente? Si Non

Segundo a súa preferencia, cando sería o mellor horario para o curso?

Mañá Tarde Indiferente

Segundo a súa dispoñibilidade, cántos días á semana lle gustaría que fose o curso?

1 día/sem. 2 días/sem 3 días/sem. 4 días/sem.

5 días/sem. Na fin de sem. Indiferente

O mércores 16 de decembro, comezamos ás 19h. no concello da Illa de Arousa. Este día intentaremos ver as súas preferencias, consensuando os días da semana nos que se celebrará o curso e podendo modificar o horario, para que as persoas interesadas poidan acudir con maior facilidade.

A Illa de Arousa, de decembro de 2015.

Asdo:

*Autorizo ó Concello de A Illa de Arousa a utilizar a imaxe da persoa participante con fins divulgativos da actividade:

Si Non

SR. ALCALDE – PRESIDENTE DO CONCELLO DE A ILLA DE AROUSA