## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

|  |
| --- |
| Nombre de la acción formativa: |

|  |
| --- |
| DATOS DEL ALUMNO/A |
| *(\*) Nombre:* |
| *(\*) Apellidos:* | *(\*) DNI:* |
| *(\*) Móvil:* |  |  | *(\*) Correo electrónico:* |
|  |
| COLECTIVO | SITUACIÓN LABORAL |
| *[ ]  (\*) Psicólogo/a colegiado/a número:*  | *[ ]  (\*)Desempleado/a*[ ]  *(\*)Ocupado/a* |
| *[ ]  (\*) Estudiante de Psicología* |
| *[ ]  (\*) Psicólogo/a no colegiado/a* |
| *[ ]  (\*)Otro Profesional* *(\*) Especificar:*  |
| ***¿Por qué medio divulgativo ha tenido conocimiento de la acción formativa solicitada?***[ ]  *Página web del Colegio* [ ]  *Mailing del COP* [ ]  *Tablón de anuncios* *[ ]  Red de contactos* [ ]  *Otros medios (especificar):*  |