



SOCIEDAD GALLEGA DE PREVENCIÓN DE
RIESGOS LABORALES
Alfonso X el Sabio, 4-6, Bajo
27002 Lugo

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellidos _____ N.I.F. _____
Calle _____ N° _____ Piso _____ Puerta _____
Localidad _____ Provincia _____ C.P. _____
Teléfono Particular _____ Móvil _____ Fax _____
Correo electrónico _____

DATOS LABORALES

Empresa _____ Dirección Trabajo _____
Tlf. trabajo _____ Fax _____
Correo electrónico _____

Especialidad/es comprendidas en el ámbito de la prevención de riesgos laborales que quieras hacer constar en nuestra base de datos, según las siguientes opciones:

- Higiene Industrial
- Seguridad en el Trabajo
- Ergonomía y Psicología del Trabajo
- Especialista en Medicina del Trabajo
- Diplomado en Medicina de Empresa
- Especialista en Medicina Preventiva
- Otras especialidades médicas (indicar cuál):
- Diplomado en Enfermería de Empresa
- Especialista en Enfermería del Trabajo
- Técnico en P.R.L. de nivel intermedio
- Otros (indicar cuál):

En cumplimiento de la L. O. 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, por la firma de la presente solicitud, el firmante autoriza a la Sociedad Gallega de Prevención de Riesgos Laborales, al tratamiento de datos personales que obran en el mismo y su incorporación a un fichero de asociados a efectos de gestión interna. Únicamente los datos de uso público, art. 3.1j L.O. 15/1999, se podrán ceder a terceros, siempre en busca del beneficio de los asociados, como en el caso de ofertas de empleo.

El firmante podrá ejercer el derecho de acceso, rectificación o cancelación de sus datos personales dirigiendo la oportuna solicitud a la siguiente dirección: Sociedade Galega de Prevención de Riscos Laborais (Responsable del Fichero), Alfonso X el Sabio 4-6, Bajo, 27002 Lugo.

Si NO desea que se produzca, respecto a sus datos, tal cesión, marque la casilla abajo situada, limitándose en tal caso su tratamiento a efectos internos de gestión de la sociedad.

Autorización para domiciliación bancaria

Nombre y apellidos del titular: _____

DNI del titular: _____

Concedo mi autorización para el cargo en mi cuenta de la anualidad (cincuenta euros) correspondiente a la suscripción de la Sociedade Galega de Prevención de Riscos Laborais.

Caja/Banco: _____ Dirección _____

Nº de cuenta (24 dígitos)

IBAN _____ Entidad: _____ Oficina: _____ DC: _____ Nº Cta: _____

Fecha: _____

Firma: _____