



# Federación de Baloncesto de la Región de Murcia

## ESCUELA REGIONAL DE ENTRENADORES

FOTO

### **CURSO DE ENTRENADOR DE BALONCESTO GRADO 2**

#### SOLICITUD DE REALIZACIÓN DEL CURSO.

#### **DATOS PERSONALES:** (Rellenar con mayúsculas)

APELLIDOS: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_ Tlf: \_\_\_\_\_ Otros Tlf: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ POBLACIÓN: \_\_\_\_\_

CP: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ PROFESIÓN: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

ESTUDIOS: \_\_\_\_\_

TÍTULO DE ENTRENADOR DE GRADO UNO Nº \_\_\_\_\_ Temporada \_\_\_\_\_ Nº Registro. \_\_\_\_\_

#### **DATOS DEL CURSO:**

POBLACIÓN: \_\_\_\_\_ Fechas: DEL \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ AL \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

FEDERACIÓN AUTONÓMICA ORGANIZADORA: \_\_\_\_\_

V.º B.º \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Director del curso. (Firma del alumno)

OBSERVACIONES: (Rellenar por el Director del Curso):

---

---

---

---

PROTECCIÓN DE DATOS: Responsable del Tratamiento: FEDERACIÓN DE BALONCESTO DE LA REGIÓN DE MURCIA G30127831 Finalidad del Tratamiento: La correcta gestión del curso formativo, realización tareas administrativas, contables o fiscales derivadas del mismo así como mantenerle informado sobre aspectos de la Federación que resulten de su interés Ejercicio de derechos: Podrá acceder, corregir, eliminar y portar sus datos personales, así como oponerse y solicitar la limitación de los mismos. Puede ejercitar sus derechos, así como obtener más información en C/ Pedáneo Blas Galián 3, Bajo, 30010, Murcia, MURCIA, así como en el correo electrónico dpd@brm.org

Durante la realización de la formación la organización podrá realizar fotografías o vídeos que posteriormente podrán ser publicados en la página web y redes sociales de la entidad.

SI NO Autorizo el uso de imágenes con las finalidades indicadas.