## ANEXO IV

## Ficha de filiación del alumno: CURSO DE SOPORTE VITAL BASICO Y DEA

## Nombre:

## Apellidos:

## Teléfono Móvil:

## Titulación académica:

## NIF

## Correo electrónico:

## Localidad: Código postal:

## Curso que ha participado: SVB y DEA

## Fecha de celebración

## Lugar de celebración:

**Entidad Formadora PLAN N.RCP**

**Firma del alumno**

**Con la firma del presente documento autorizo al Plan Nacional de RCP de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) a que utilice los datos para remitirme información sobre actividades formativas que se desarrollen desde el Plan Nacional de RCP de la SEMICYUC**

**\*\*Usted tiene derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición en los términos indicados en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, dirigiéndose a** [rcp@semicyuc.org](mailto:rcp@semicyuc.org) **adjuntando copia de documento que acredite su identidad**