



AYUNTAMIENTO DE EL SAUZAL

**ANEXO II**  
**COMOPROMISO DE DESARROLLO DE LA BECA DE COLABORACIÓN- FORMACIÓN**  
**CURSO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_**

| <b>1. DATOS DEL BECARIO:</b>      |           |           |                    |
|-----------------------------------|-----------|-----------|--------------------|
| Nombre y Apellidos / Razón Social |           | NIF / CIF |                    |
| Lugar de Nacimiento               |           | Lugar     |                    |
| Dirección                         |           | Sexo      |                    |
| Código Postal                     | Municipio | Provincia |                    |
| Teléfono                          | Móvil     | Fax       | Correo electrónico |

| <b>2. DATOS DE NOTIFICACIÓN:</b>   |  |
|--|--|
| Persona a Notificar  | Medio Preferente de Notificación   |
| <input type="checkbox"/> Solicitante<br><input type="checkbox"/> Representante | <input type="checkbox"/> Notificación en Papel<br><input type="checkbox"/> Notificación Telemática |

| <b>3. DATOS ACADÉMICOS:</b> |       |
|-----------------------------|-------|
| Estudios que está cursando  | Curso |
| Nombre del Centro           |       |

| <b>4. COMPROMISO DE DESARROLLO DE LA BECA:</b>   |
|--|
| Que estando cursando en la actualidad los estudios que se mencionan ha resultado beneficiario de una beca de colaboración- formación de El Ayuntamiento de El Sauzal, y se compromete al desarrollo de la misma en horario de:<br><input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde.<br>Los siguientes días: <input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sábado<br>En el Centro Municipal _____ y durante todo el mes de _____. |

| <b>5. AVISO LEGAL:</b>  |
|---|
| De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa de lo siguiente:<br>- Los datos de carácter personal que se obtengan de su solicitud serán incorporados y tratados de forma confidencial en un fichero propiedad de este Ayuntamiento.<br>- Los datos obtenidos en esta instancia podrán ser utilizados, salvaguardando su identidad, para la realización de estadísticas internas.<br>- Ud. tendrá la posibilidad de acceder en cualquier momento a los datos facilitados, así como de solicitar, en su caso, su rectificación, oposición o cancelación, dirigiendo una comunicación escrita, junto con la documentación acreditativa de su identidad, a este Ayuntamiento. |

En la Villa de El Sauzal, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

Fdo.: El solicitante

**Sr. Alcalde-Presidente del Ilustre Ayuntamiento de La Villa de El Sauzal.**