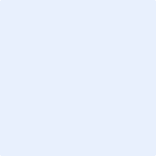
****

*Insertar foto de identificación*

**HOSTILE ENVIRONMENT AWARENESS TRAINING (HEAT)**

**CONVOCATORIAS:**

**a.) 04 – 08 Abril  b.) 27 Junio – 01 Julio**

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Apellidos** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Correo electrónico** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Número de teléfono (disponible en Whatsapp)** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Género** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Fecha de nacimiento** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Lugar de nacimiento** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Nacionalidad** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Número ID o Pasaporte** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Dirección permanente** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Código postal** |  | | | **Localidad** |  |
| **Provincia** |  | | | **País** |  |
| **Contacto en caso de emergencia** | | | | | |
| **Nombre completo** |  | | | | |
| **Relación** |  | | | | |
| **Número de contacto** |  | | | | |
| **¿Está actualmente vacunado contra la COVID-19?** | | | | | |
|  | | | | | |
| **¿Tiene carné de conducir? (Conducción manual)** | | | | | |
|  | | | | | |
| **¿Prefiere realizar el curso en español o en inglés?** | | | | | |
|  | | | | | |
| **¿Tiene preferencia para compartir la habitación? (Se compartirá entre dos alumnos – 2 camas individuales). Indique el nombre del alumno en caso de tener alguna preferencia.** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Condiciones médicas especiales, si las hay** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Alergias / restricciones alimentarias** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Idiomas** | | | | | |
|  | | | **Basico Avanzado Competente** | | |
|  | | | **Basico Avanzado Competente** | | |
|  | | | **Basico Avanzado Competente** | | |
| **Formación académica** | | | | | |
| **Título** |  | | | | |
| **Título** |  | | | | |
| **Información profesional** | | | | | |
| **Áreas de especialización** | |  | | | |
| **Comentarios adicionales** | | | | | |
|  | | | | | |

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Datos de contacto:** [iucpm@helsinkiespana.org](mailto:iucpm@helsinkiespana.org) Tel: **+34 91 533 54 55**

Acepto y reconozco que al solicitar el programa HEAT, toda la información personal contenida en este formulario de inscripción será almacenada y utilizada por el personal de Helsinki España con fines de evaluación, coordinación e información para los donantes. Entiendo que esta información se almacena de forma segura de acuerdo con el Reglamento General de Protección de Datos (GDPR) de la Unión Europea.