

Nome do centro\*

Pessoa responsável do programa\*

Teléfono\*

Indicar por que medio desexa recibir a resposta:\*

Fax

Envío Postal

Email

Fax

Rúa e número

Localidade

Código Postal

Provincia

Email

Nº de Grupos\*

Nº de Alumnos e alumnas por Grupo

Proposta de Horario

Fíxose o ano pasado?\*

Si

Non

## Observacións

### **Lembre que os campos marcados con \* son obrigatorios**

Os datos recibidos serán empregados unicamente para os fins relacionados coa Unidade Municipal de Atención a Drogodependentes do Concello de Santiago de Compostela e en todo momento respectarase o que sinala a Lei de Protección de Datos -Lei Orgánica 15/1999, de 13/XII, de Protección de Datos de Carácter Persoal e Real Decreto 994/1999, de 11/VI, polo que se aproba o Regulamento de Medidas de Seguridade dos ficheiros automatizados que conteñan datos de carácter persoal-.