

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

Actividades para (indicar)

Grupo (indicar curso e aula: 3º ESO, 4º ESO, 1º BAC, 2º BAC, Garantía Social, Ciclos Formativos)

Grupo	Número de alumnos	Data y alumnos	Titor

Lembra que todos 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-.