

SOLICITUD DE ADMISIÓN

Muchas gracias por su interés en el Master en Asesoría Fiscal y Práctica Profesional organizado por CDD. Antes de cumplimentar esta Solicitud de Admisión, lea atentamente el folleto del programa, así como toda la información incluida en esta Solicitud. De esta manera tendrá una idea clara sobre el tipo de información que necesitamos de los candidatos. No existen buenas o malas respuestas a las preguntas que se plantean. Son elementos importantes y necesarios para que la organización pueda valorar cuidadosamente su candidatura.

MÁSTER EN ASESORÍA FISCAL Y PRÁCTICA PROFESIONAL ONLINE 2019/2020

1. DATOS PERSONALES

NIF _____ Fecha de nac. (dd/mm/aaaa): ____ / ____ / ____
Nombre: _____ Apellidos _____

Residencia habitual (de septiembre a junio):

Domicilio: _____ Nº _____ Esc. _____ Piso _____ Puerta _____
Localidad: _____ Concejo: _____ Provincia: _____
C.P.: _____ País: _____ Tfno/s. _____
E-mail particular: _____ E-mail profesional: _____

2. DATOS ACADÉMICOS

Títulos Universitarios.

Título*: _____ Rama _____
Universidad: _____ Ciudad _____
Fecha inicio (mm/aaaa): _____ Fecha finalización (mm/aaaa): _____

Otros títulos

Título conseguido: _____
Entidad otorgante: _____ Fecha de obtención (mm/aaaa): _____
Título conseguido: _____
Entidad otorgante: _____ Fecha de obtención (mm/aaaa): _____

3. NIVEL DE IDIOMAS (1-Conocimientos Mínimos 2- Regular 3- Medio 4- Medio-Alto 5- Absoluta Fluidez 6- Lengua Materna)

Idioma	Hablado	Escrito	Leído

4. SITUACIÓN LABORAL

Indique con una cruz la situación profesional en que se encuentra actualmente:

Trabajador por cuenta ajena Ejerciente libre En desempleo

5. INFORMACIÓN PROFESIONAL ACTUAL

Cumplimente los apartados A y B sólo en el caso de que usted desarrolle su trabajo en dirección distinta al domicilio social de su empresa. Si coincide, cumplimente sólo el apartado A.

A. Datos de la empresa o entidad.

Nombre comercial: _____
Domicilio social: _____ Nº _____ Esc. _____ Piso _____ Puerta _____
Localidad: _____ Concejo: _____ Provincia: _____
C.P.: _____ País: _____ Tfno: _____
E-mail: _____
Sector de actividad: _____

Nº de empleados: Menos de 15 Entre 15 y 100 Más de 100



Economy & Law

B. Otros datos profesionales

Datos relativos al trabajo desempeñado actualmente

Año inicio: _____

Detalle una breve descripción de las principales responsabilidades de su cargo:

Área principal en la que desarrolla su trabajo actual _____

6. OTRA INFORMACIÓN

Indique cuáles son sus principales objetivos por los que desea seguir este Máster

7. DATOS PARA FACTURACIÓN

CIF: _____

Razón social / Nombre y Apellidos: _____

Domicilio: _____ N° ____ Esc. _____ Piso ____ Puerta ____

Localidad: _____ Concejo: _____ Provincia: _____

C.P.: _____ País: _____ Tfno/s: _____ Fax : _____

Se le informa de la incorporación de sus datos a los sistemas de información del Responsable de Tratamiento: Colegio de Economistas de Asturias (CEA) para uso interno, mantenimiento, desarrollo y/o control del cumplimiento del servicio/evento/conferencia/curso o similar ofrecido por el CEA/CDD, incluyendo, en su caso, la comunicación de sus datos a terceros; realizar control de calidad, gestión administrativa, económica y contable, en su caso; acceso y gestión de servicios y/o de actividades; gestión de respuestas a consultas / solicitudes de información, reclamaciones o incidencias.

El interesado podrá acceder, rectificar y suprimir los datos, así como limitar, retirar u oponerse al tratamiento conforme a los procedimientos establecidos en nuestra política de privacidad, que puede consultar de forma detallada en la web www.colegioeconomistas.com.

D/Dª _____, con NIF N° _____, consiente de forma inequívoca la presente cláusula e Información adicional, disponible en la Política de Privacidad de protección de datos de carácter personal de la página web corporativa www.colegioeconomistas.com.

Fecha:

Firma