



NOS IMPORTAS Y QUEREMOS CONOCER TU RELATO.

FICHA DE PARTICIPACIÓN

III CONCURSO DE RELATOS CORTOS DE SALUD EN EL TRABAJO

(incluir en sobre cerrado)

NOMBRE:	
APELLIDOS:	
DIRECCIÓN:	
CÓDIGO POSTAL:	
PROVINCIA:	
TELÉFONO:	
CORREO ELECTRÓNICO:*	
D.N.I. Nº:	
TÍTULO DEL RELATO:	
SEUDÓNIMO:	
PREFERENCIA PARA PUBLICACIÓN:	MI NOMBRE <input type="checkbox"/> MI SEUDÓNIMO <input type="checkbox"/>

*No es un dato obligatorio.

La Federación de Servicios a la Ciudadanía de CCOO le informa de que los datos de carácter personal que facilite para su participación en el concurso, serán utilizados únicamente para los fines previstos en el mismo (comunicaciones, entrega de premios, etc). Estos datos no se incluirán en ningún fichero o base de datos y las fichas recogidas serán destruidas una vez finalizadas las comunicaciones referentes al concurso.