

FICHA DE PARTICIPACIÓN

I 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 no incluirá estos datos en ningún fichero o base de datos y garantiza que las fichas recogidas se destruirán una vez finalizado el concurso.