

## Formulari de suggeriment o reclamació

### DADES PERSONALS

Nom i cognoms*:		NIF/Passaport*:
Telèfon:	Adreça electrònica*:	
Adreça postal*:		
Població i CP*:		

### COL-LECTIU\*

Estudiant GI:	<input type="checkbox"/> 1r curs	<input type="checkbox"/> 2n curs	<input type="checkbox"/> 3r curs	<input type="checkbox"/> 4t curs
Estudiant DI:	<input type="checkbox"/> 1r curs	<input type="checkbox"/> 2n curs	<input type="checkbox"/> 3r curs	
Estudiant del Màster:				
Altres:				

GI = grau en Infermeria; DI = diplomant en Infermeria

### SUGGERIMENT O RECLAMACIÓ

Tema:

Desitgeu rebre una resposta?  Si  No

\*Camp obligatori

Data\*:

Agraïm la vostra col·laboració

Les dades recollides en aquest imprès s'incorporen en un fitxer informatitzat (Llei orgànica (LOPD) 15/1999 de 13/12/99 de Protecció de dades de caràcter personal) i poden ser comunicades a altres entitats de caràcter universitari o per l'emissió del carnet d'estudiant. Podeu exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i d'oposició de les vostres dades, mitjançant imprès que us facilitarà la Secretaria d'aquest Centre.