

# WORKSHOP FIAK 2021

Salón de Actos de la Facultad de Ciencias de la Educación  
Campus Obelisco - Universidad de Las Palmas de Gran Canaria  
Del 14 al 17 de diciembre 2021

## Formulario de inscripción

## Application form

**Apellidos:**  
*Surname(s):* \_\_\_\_\_

**Nombre:**  
*Given name(s):* \_\_\_\_\_

**Nacionalidad:**  
*Nationality:* \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Lugar de nacimiento:** \_\_\_\_\_  
*Date of birth:* \_\_\_\_\_ *Place of birth:* \_\_\_\_\_  
DÍA MES AÑO  
DAY MONTH YEAR

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_  
*Email address:* \_\_\_\_\_ *Telephone:* \_\_\_\_\_

- ARIAS: 1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_  
5. \_\_\_\_\_

**El firmante declara que desea participar en el Workshop.**

Enviar a [secretaria@fiak.es](mailto:secretaria@fiak.es) decididamente cumplimentado.

*I declare that I wish to take part in the workshop.*

*Send the completed form, signed and dated, to [secretaria@fiak.es](mailto:secretaria@fiak.es).*

Acepto recibir informaciones y noticias de la Fundación Internacional Alfredo Kraus de acuerdo a su política de privacidad.

*I agree to receive information and news from Fundación Internacional Alfredo Kraus in accordance with its privacy policy.*

La persona acepta las siguientes bases legales disponibles en <http://fiak.es/basesworkshop>

*The person accepts the following legal bases available at <http://fiak.es/basesworkshop>*

**Fecha / Date:**

\_\_\_\_\_  
DÍA MES AÑO  
DAY MONTH YEAR

**Firma y aclaración:**

*Sign and print name:*

↑ POR FAVOR, FIRME SOBRE LA LÍNEA  
PLEASE SIGN ON THE LINE ↓

[www.fiak.es](http://www.fiak.es)

