



**4 DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA**

La persona abajo firmante **DECLARA**, bajo su expresa responsabilidad, ser ciertos cuantos datos figuran en el presente Anexo

En ..... a ..... de ..... de .....

Fdo.: .....

**SR./A. DIRECTOR/A DEL INSTITUTO ANDALUZ DE CUALIFICACIONES PROFESIONALES**

**PROTECCIÓN DE DATOS**

En cumplimiento de lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Educación le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la gestión y control del procedimiento de evaluación.

De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito al titular del Instituto Andaluz de Cualificaciones Profesionales, Consejería de Educación. C/ Juan Antonio de Vizarrón, s/n. 41017 Sevilla.