

ENCUESTA DE ASISTENCIA A EVENTOS

DATOS DEL ORGANIZADOR	
Entidad	CIF
Nombre del Representante	
E-mail	Web

DATOS DEL EVENTO	
Nombre	Código

CALIFICACIÓN DE LA ASISTENCIA	
Miembros de ATIAL	
Aspectos	<input type="checkbox"/> Discurso: <input type="checkbox"/> Presentación: <input type="checkbox"/> Conocimiento: <input type="checkbox"/> Claridad de las Exposiciones: <input type="checkbox"/> Aportación de Ejemplos: <input type="checkbox"/> Aportación de Nuevas Ideas: <input type="checkbox"/> Medios Materiales: <input type="checkbox"/> Resolución de Dudas:
Observaciones	
Sugerencias / Ideas de Mejora	

REMITIR este formulario cumplimentado y firmado a las direcciones especificadas de ATIAL para poder cursar la encuesta convenientemente.

_____, ____ de _____ de _____

Firma

PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN DE TÉCNICOS DE INFORMÁTICA DE LA ADMINISTRACIÓN LOCAL

Los datos facilitados por usted en este formulario pasaran a formar parte de los ficheros automatizados propiedad de la ATIAL y podrán ser utilizadas por el titular del fichero para el ejercicio de las funciones propias en el ámbito de sus competencias. De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, usted podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante comunicación previa a la ATIAL