

FORMULARIO DE DESISTIMIENTO

Si deseas ejercer tu derecho de desistimiento dentro del plazo legal de 14 días naturales, completa este formulario y enviarlo por correo electrónico a **gestion@formacionactiva.com**

Nombre y apellidos:

DNI / NIE / Pasaporte:

Dirección:

Teléfono:

Curso contratado:

(Cumplimentar únicamente si desea ejercitar el derecho de desistimiento)

Por medio del presente, comunico mi voluntad de DESISTIR del contrato de matrícula celebrado con Formación Activa y solicito que se tramite mi solicitud conforme a la normativa vigente.

Firma del alumno: