



FICHA DEL ALUMNO

Año académico

Curso

Elección de turno (*cumplimentar las opciones horarias por orden de preferencia. Se realizará la opción y el turno que tenga la mayoría de alumnos*)

- | | | |
|-----|--|--------------------------|
| 1ª. | De lunes a viernes | Fines de semana |
| | Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2ª. | De lunes a viernes | Fines de semana |
| | Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3ª. | De lunes a viernes | Fines de semana |
| | Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

INFORMACIÓN PERSONAL

NIF Fecha nacimiento

Apellidos Nombre

Dirección Código postal

Población Provincia País

Teléfono Móvil Fax

e-mail

Si eres enfermero colegiado indica el nº y provincia

INFORMACIÓN ACADÉMICA Y LABORAL

Titulación Académica Profesión

Situación laboral: Activo Desempleado Otros

FORMA DE PAGO

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Efectivo | <input type="checkbox"/> Talón nominativo | <input type="checkbox"/> Transferencia |
| <input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito a través de internet
(VISA, MasterCard, AMERICAN EXPRESS, 4B) | | <input type="checkbox"/> Subvencionado |

EL ALUMNO, se responsabiliza de la veracidad de los datos contenidos en la documentación que aporta y se compromete a presentar los documentos acreditativos del Curriculum vitae una vez le sea comunicada la admisión al Curso, aceptando las normas estatutarias y de régimen interno de la Escuela de Ciencias de la Salud.

La impartición de este curso estará sujeta al número final de alumnos inscritos en el mismo.

Madrid, a de de 200

Firma

EL ALUMNO/A queda informado, en cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, 15/1999 de 13 de diciembre, que la cumplimentación del presente formulario implica el consentimiento expreso a que los datos personales facilitados sean incorporados y tratados en ficheros automatizados, cuyo responsable es la Fundación Salud y Sociedad. De igual forma consiente el alumno la comunicación de sus datos personales a un tercero para el cumplimiento de fines directamente relacionados con las funciones legítimas de la Fundación. Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos de carácter personal podrán ser ejercidos poniéndose en contacto con dicho responsable en la dirección Calle Fuente del Rey, 2 (28023) Madrid.

El/la alumno/a garantiza y se hace responsable de la veracidad y autenticidad de los datos reflejados en este formulario, así como de las consecuencias derivadas del incumplimiento de esta obligación. Igualmente, manifiesta su compromiso de realizar por sí mismo –y no por terceros persona- los exámenes y evaluaciones que formen parte de los cursos impartidos a distancia.