

Nº DE MATRICULA Nº DE EXPEDIENTE	CURSO ACADEMICO 2017/2018	IMPORTE A INGRESAR 1.800€	INGRESO EN LA C/C DE BANCO BANKINTER ES85 0128.0200.99.0100079025
-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	---

INSCRIPCIÓN EN EL MÁSTER DE GESTIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

DATOS PERSONALES

N.I.F. u otros	Apellidos	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Correo electrónico	Teléfono	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Domicilio (calle y número)	C. Postal	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Localidad	Provincia	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Fecha nacimiento	Lugar de nacimiento	País de nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS ACADÉMICOS

Titulación desde la que accede al Máster	Universidad de origen	País de la universidad de origen
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Matrícula completa del título propio Master de Gestión de Servicios Sanitarios

Conforme a la Ley de Protección de Datos, le informamos que los datos personales, profesionales y laborales facilitados en el presente formulario así como en la documentación aportada se incorporaran a un fichero de la FUNDACIÓN DE ENFERMERÍA EN CASTILLA Y LEÓN con la finalidad de gestionar la solicitud de inscripción y matrícula, el programa formativo y la obtención del diploma académico, así como para gestionar el control de asistencia al curso y sus accesos al campus virtual. Asimismo, le informamos que sus datos serán comunicados a la Universidad de León formando parte de sus ficheros para la gestión de peticiones relativas a su matrícula y tramitación de su expediente académico. Siempre que no nos indique lo contrario, nos autoriza a la remisión de comunicaciones informativas de nuestros programas formativos, incluso por medios electrónicos. Podrá ejercer los derechos previstos en la Ley ante FUNDACIÓN DE ENFERMERÍA EN CASTILLA Y LEÓN, C/Alcázar nº5 – 2ª Planta- 47001 de Valladolid o en dptosorte@fecyl.com, adjuntando en ambos casos para su identificación una copia del DNI.

En.....a.....de.....de 2017

(Firma del interesado)