

Escuela Leonesa de Radioterapia

Complejo Abelló. ILDEFE
C/ Astorga nº 20. 24009 León
Tlf. 648194540
www.radioterapialeon.es

AÑO ACADÉMICO: 2018-2019

MATRÍCULA PRIMER CURSO

APELLIDOS Y NOMBRE:

DNI :

TELEFONO:

DOMICILIO:

CÓDIGO POSTAL:

POBLACION:

CORREO ELECTRÓNICO:

FECHA DE NACIMIENTO:

LUGAR:

PROVINCIA:

NACIONALIDAD:

El alumno/a cuyos datos figuran arriba, desea matricularse en el ciclo formativo de grado superior, técnico de radioterapia, primer curso 2018-2019

_____, a _____ de _____ de 2018

(Firma)

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR POR EL ALUMNO/A:

- SOLICITUD DE MATRICULA FIRMADA.
- FOTOCOPIA DEL D.N.I.
- 2 FOTOGRAFÍAS TAMAÑO CARNET. (nombre en el reverso)
- FOTOCOPIA COMPULSADA DEL TITULO O EN SU DEFECTO CERTIFICADO ORIGINAL DE LOS ESTUDIOS APORTADOS, EXPEDIDO POR EL INSTITUTO DONDE CURSO LOS ESTUDIOS.
- JUSTIFICANTE DE INGRESO DE 950 EUROS ANUALES EN CONCEPTO DE MATRICULA EN EL NÚMERO DE CUENTA DEL BANCO SABADELL ES50 0081 5211 3000 0123 4027
- DOCUMENTO DE DOMICILIACION BANCARIA RELLENADO

1. La renuncia unilateral del alumno/a a la matrícula o falsificación de cualquier documentación o datos, lleva inherente la pérdida de cualquier tipo de derechos por parte del alumno/a, así como asumir las responsabilidades que la ley dicte.

2. El precio del curso:

Primer año: 950 € de matrícula y 10 mensualidades de 390 € cada una.

Segundo año: 950 € de matrícula y 10 mensualidades de 390 € cada una.

3. Las prácticas o formación en centro de trabajo (FCT) se realizarán en el Hospital de León principalmente, en otros hospitales de la Comunidad y/o otras Comunidades Autónomas, siendo los gastos de desplazamiento a estos Hospitales y el alojamiento por cuenta del alumno. La designación del hospital donde se harán las prácticas o FCT será facultad exclusiva del centro educativo.

4. El alumno no tendrá derecho a recibir ninguna devolución de cuotas mensuales, ni matrícula, si éste renunciase unilateralmente a continuar sus estudios en el Centro, fuese cual fueses la razón por la que se produce ese abandono.

El alumno/a abajo firmante declara haber leído, conocer y aceptar lo arriba expuesto.

Apellidos _____ Nombre _____
DNI _____

Fdo.:.....

En León a _____ de _____ de 2018

DOCUMENTO DE DOMICILIACION BANCARIA

Nombre del alumno/a:

Nombre del titular cuenta:

DATOS DEL BANCO:

IBAN	CODIGO ENTIDAD	CODIGO SUCURSAL	DIGITO CONTROL	NUMERO DE CUENTA
NOMBRE ENTIDAD				
DIRECCION				
CODIGO POSTAL			LOCALIDAD	

D.....con

N.I.F.....expreso mi consentimiento para que la Escuela Leonesa de Radioterapia, cargue en mi cuenta los recibos por un importe de 390 euros mensuales de septiembre de 2018 a junio de 2019 ambos inclusive.

En León a _____ de _____ de 2018

Firma del titular de la cuenta: _____