

Escuela Leonesa de Radioterapia

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

AÑO ACADÉMICO: 2019-2020

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 2019-2020

_____, a _____ de _____ de 2019

(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 fuese 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 2019

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 2019 a junio de 2020 ambos inclusive.

En León a _____ de _____ de 2019

Firma del titular de la cuenta: _____

CLÁUSULA DE CONSENTIMIENTO EXPRESO DE ALUMNOS

En aras a dar cumplimiento al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y siguiendo las Recomendaciones e Instrucciones emitidas por la Agencia Española de Protección de Datos (A.E.P.D.), SE INFORMA:

- Los datos de carácter personal solicitados y facilitados por usted, son incorporados a un fichero de titularidad privada cuyo responsable y único destinatario es ESCUELA LEONESA DE RADIOTERAPIA SL.
- Solo serán solicitados aquellos datos estrictamente necesarios para prestar adecuadamente el servicio, pudiendo ser necesario recoger datos de contacto de terceros, tales como representantes legales, tutores, o personas a cargo designadas por los mismos.
- Todos los datos recogidos cuentan con el compromiso de confidencialidad exigido por la normativa, con las medidas de seguridad establecidas legalmente, y bajo ningún concepto son cedidos o tratados por terceras personas, físicas o jurídicas, sin el previo consentimiento del cliente, tutor o representante legal, salvo en aquellos casos en los que fuere imprescindible para la correcta prestación del servicio.
- Una vez finalizada la relación entre la empresa y el cliente los datos serán archivados y conservados, durante un periodo tiempo mínimo de dos años, tras lo cual seguirá archivado o en su defecto serán devueltos íntegramente al cliente o autorizado legal.

o He sido informado de que los datos que facilito serán incluidos en el Fichero denominado Clientes de ESCUELA LEONESA DE RADIOTERAPIA SL, con la finalidad de gestión del tratamiento asignado, emisión de facturas, contacto..., a lo cual manifiesto mi consentimiento. También se me ha informado de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, limitación y portabilidad indicándolo por escrito a ESCUELA LEONESA DE RADIOTERAPIA SL con domicilio en: Cl. Burgo Nuevo, 60 - 3º B, C.P. 24001 - León (León).

o Consiento que mis datos personales sean cedidos por ESCUELA LEONESA DE RADIOTERAPIA SL a las entidades que prestan servicios a la misma.

o ACEPTO que ESCUELA LEONESA DE RADIOTERAPIA SL me remita comunicaciones informativas a través de e-mail, SMS, o sistemas de mensajería instantánea como Whatsapp, con el objetivo de mantenerme informado/a del desarrollo de las actividades propias del servicio contratado.

o ACEPTO Y SOLICITO EXPRESAMENTE, la recepción de comunicaciones comerciales por vía electrónica (e-mail, Whatsapp, bluetooth, SMS), por parte de ESCUELA LEONESA DE RADIOTERAPIA SL, sobre productos, servicios, promociones y ofertas de mi interés.

Nombre y apellidos: _____ DNI: _____

(Cliente)

Representante legal: _____ DNI: _____

(Menores de edad)

En _____, a ____ de _____ de 20__