

**SOLICITUD DE PREINSCRIPCIÓN CURSOS DE FORMACIÓN CONTINUA**

**ESTUDIOS EN LOS QUE SE PREINSCRIBE: Curso de Extensión Universitaria de Prevención y Abordaje, desde la Fisioterapia, del Cólico del Lactante**

**DATOS PERSONALES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| D.N.I. o Pasaporte nº | | | |  | | | Fecha nacimiento | | |  | | | |
| Apellidos | | |  | | | | | | | | | | |
| Nombre | | |  | | | | | | | | | | |
| Dirección | | |  | | | | | | Nº | |  | Piso |  |
| C.P. |  | | | Localidad |  | | Provincia |  | | | | | |
| Teléfono | |  | | | | Teléfono móvil |  | | | | | | |
| E-mail | |  | | | | | | | | | | | |

**DATOS ACADÉMICOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Titulación: |  | | | | | | Año: | |  |
| (Licenciado, Arquitecto o Ingeniero, Diplomado en ...) | | | | | | | | | |
| Centro/ Universidad | |  | | | | | | | |
| ¿Ha estado matriculado alguna vez en la Universidad Rey Juan Carlos? | | |  |  | Sí |  | | No | |

**DATOS PROFESIONALES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Empresa |  | | Cargo |  | | | | |
| Dirección |  | | | | | | C.P. |  |
| Localidad |  | Provincia |  | | Teléfono |  | | |
| E-mail |  | | | | | | | |

**¿A través de qué medio conoció la existencia de este Curso?**

**DIFUSIÓN PUBLICITARIA** (Carteles y folletos) , **PRENSA** (Especificar medio),**INTERNET, PORTALES,**(Especificar) ,**Web URJC**

DOCUMENTACIÓN A ADJUNTAR

1. Solicitud de preinscripción cumplimentada y firmada.

2. Fotocopia del D.N.I. o pasaporte

3. 2 fotografías tamaño carné

4. Transferencia bancaria (Nº de cuenta **IBAN ES46 – 0049 - 1959 - 29 – 2010003534** ) a favor de Fundación Clínica Universitaria, por el importe total del curso (**200,00 €**). Esta cantidad únicamente se devolverá en caso de no resultar admitido o en caso de que el posgrado se suspenda y/o aplace. Si una vez admitida la solicitud el alumno no formalizara la matrícula no se devolverá la cantidad depositada en concepto de reserva de plaza.

5. Fotocopia compulsada del Título acreditativo de sus estudios\*

6. Currículum vitae

7. Documentación específica requerida por el Título Propio

\* En caso de alumnos con un título de una Universidad extranjera, éste deberá estar acreditado mediante documentos oficiales, legalizados por vía

diplomática, con el visto bueno del Ministerio español de Asuntos Exteriores o estar sellados con el “apostille”.

De acuerdo con lo establecido en la normativa de Protección de Datos de Carácter Personal, procedemos a informarles que los datos personales que Ud. nos facilite, serán tratados con la finalidad de gestionar su preinscripción en los títulos propios sobre la base legal de su consentimiento Todos o parte de los datos aportados serán comunicados a las administraciones públicas competentes. Los datos serán conservados durante los plazos necesarios para atender responsabilidades derivadas del tratamiento. Los interesados podrán ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición limitación del tratamiento, o portabilidad, en su caso, dirigiéndose a FUNDACIÓN DE LA CLINICA UNIVERSITARIA DE LA UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS en la siguiente dirección: Av. Atenas, s/n, Campus de Alcorcón, 28922 Alcorcón (Madrid). Si considera que sus derechos han sido vulnerados, puede interponer reclamación frente a la agencia española de protección de datos en HYPERLINK "<http://www.agpd.es>" [www.agpd.es](http://www.agpd.es).

**El/La Alumno/a es responsable de la veracidad y corrección de los datos facilitados, exonerando a la Universidad Rey Juan Carlos y a la Fundación Clínica Universitaria de la Universidad Rey Juan Carlos, de cualquier responsabilidad y garantizando y respondiendo de su exactitud, vigencia y autenticidad**

En…………………………………………, a ………….de………………….de 20…....

Firma