

SOLICITUD DE ACCESO A CURSO EXTENSIÓN UNIVESITARIA (CEU)

INDICAR NOMBRE CEU SOLICITADA:

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? | | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> 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 cumplimentada y firmada.
2. Fotocopia del D.N.I./N.I.E./Pasaporte
3. Transferencia bancaria (**IBAN ES46 - 0049 - 1959 - 29 - 2010003534**) a favor de Fundación Clínica Universitaria, por el importe total del curso. Esta cantidad únicamente se devolverá en caso de no resultar admitido o en caso de que el posgrado se suspenda y/o aplase. Si una vez admitida la solicitud el alumno no formalizara la matrícula no se devolverá la cantidad depositada en concepto de reserva de plaza
4. Currículum vitae
5. Declaración responsable veracidad de datos aportados

En cumplimiento de lo establecido en la normativa de Protección de Datos de Carácter Personal según RGPD 2016/679 y la Ley 03/2018, la Fundación de la Clínica Universitaria de la Universidad Rey Juan Carlos (en adelante, FCURJC) le informa que los datos facilitados directamente por Vd. en la presente ficha/ documento serán tratados con la finalidad de mantener y garantizar el cumplimiento de la relación de FCURJC con Vd. como alumno/a o interesado en nuestros títulos propios y poder gestionar así los la ejecución de los diferentes títulos formativos. Nos servirán también sus datos para poder comunicarnos con Vd. y enviarle información al respecto. También nos permitirá llevar a cabo el cumplimiento de las funciones administrativas de la Entidad, sobre la base jurídica de la ejecución de un contrato. Asimismo, le informamos de que, en caso de que la formación sea susceptible de bonificación a través de la Fundación Estatal para la Formación en el Empleo (FUNDAE), sus datos podrán ser comunicados a empresas terceras encargadas de la gestión y tramitación de dicha bonificación, siempre bajo la autorización y supervisión del responsable del tratamiento, y exclusivamente con la finalidad de gestionar los trámites necesarios ante la citada Fundación.

El alumno podrá en cualquier momento ejercer el derecho de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento, o portabilidad mediante notificación escrita con copia de su DNI dirigida a la siguiente dirección: Fundación de la Clínica Universitaria de la Universidad Rey Juan Carlos. Att. Gestión RGPD. Avenida de Atenas s/n. Campus Alcorcón. 28922 Alcorcón (Madrid)

El/La Alumno/a es responsable de la veracidad y corrección de los datos y documentos 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....., ade.....de 20..

INFORMACIÓN, INSCRIPCIÓN Y MATRICULACIÓN

Fundación de la Clínica Universitaria de la Universidad Rey Juan Carlos
Edificio Departamental II - Clínica Universitaria - Títulos Propios
Campus de Alcorcón
Av. de Atenas, s/n - 28922 Alcorcón-Madrid
Tel.: 91 488 48 61 E-mail: clinica.ttp@urjc.es

Firma

**DECLARACIÓN RESPONSABLE DE VERACIDAD DE LOS
DATOS APORTADOS EN FORMATO DIGITAL**

DATOS PERSONALES

Apellidos:

Nombre:

NIF/NIE/PASAPORTE:

DECLARACIÓN RESPONSABLE

El/La abajo firmante DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD la veracidad de los documentos aportados, y se compromete a probar documentalmente los mismos cuando así se le solicite.

APERCIBIMIENTO

Quedo advertido/a de que la inexactitud o falsedad de los datos aportados determinará la imposibilidad de continuar con el procedimiento de matrícula, quedando sin efecto las actuaciones realizadas y decayendo del derecho a la admisión para cursar estudios en la Universidad Rey Juan Carlos sin perjuicio de las consecuencias legales que pudieran derivarse de dicha actuación.

En _____, a _____ de _____ de 20____ (DD,MM,AA)

(Nombre y Firma del/la interesado/a)