



SOLICITUD DE MATRICULACIÓN PARA EL MÁSTER UNIVERSITARIO PROPIO EN DIRECCIÓN DE ORGANIZACIONES SOCIO SANITARIAS

Datos personales: (*)

Apellidos	Nombre	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
DNI	Fecha y lugar de nacimiento	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Titulación / Año en que la terminó		
<input type="text"/>		
Domicilio		
<input type="text"/>		
Código postal	Localidad	Provincia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono	Teléfono laboral	Teléfono móvil
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fax	Dirección de correo electrónico (excepto Hotmail)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Firma:

Fecha: ____ de _____ de ____

(*) Doy mi consentimiento a que, de acuerdo con el art. 5 de la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, los datos personales que facilito sean objeto de tratamiento automatizado y pasen a formar parte del Fichero de Alumnos del Centro Universitario de Mérida, cuya finalidad es la gestión de los expedientes, siendo responsable del mismo el Gerente de la Universidad de Extremadura, ante el cual podrá ejercitar el derecho de acceso, rectificación y modificación de sus datos en los términos que establece la Ley.

Número de cuenta corriente para el pago de tasas: 0049 / 6744 / 44 / 2316155416 (Banco Santander)