



Centro Universitario de Mérida
Universidad de Extremadura

PREINSCRIPCIÓN PARA EL MASTER UNIVERSITARIO PROPIO EN DIRECCIÓN DE ORGANIZACIONES SANITARIAS Y SOCIO SANITARIAS

Datos personales

Apellidos

Nombre

DNI

Fecha y lugar nacimiento

Titulación/ año que la termino

Domicilio

Código postal

Localidad

Provincia

Teléfono

Teléfono laboral

Móvil*

Fax*

E-mail (excepto hotmail)

El alumno al que se refiere la presente solicitud, hace constar que los datos cumplimentados en la misma corresponden a su expediente académico y profesional, y que conoce la información y características de los estudios y del proceso de admisión, y que **cualquier falsedad en el documento determinará la nulidad de la petición, sin perjuicio de las responsabilidades penales que se deriven.**

Si desea tener un resguardo de haber presentado esta solicitud haga una fotocopia, que deberá ser presentada junto al original, y se le devolverá sellada.

Fecha: _____ de _____ de

Firma

Doy mi consentimiento a que, de acuerdo con 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 su datos en los términos que establece la Ley. **Los datos con asterisco no son obligatorios.**