

NOMBRE DEL CICLO _____

Curso 20____/20____

Móstoles
Plaza del Sol nº30
C.C.: 28075054

Turno: _____ Modalidad: _____ Grupo Asignado: _____

Datos del alumno/a:

1er Apellido: _____ 2º Apellido: _____ Nombre: _____
Sexo (H/M): _____ Edad: _____ DNI/NIE: _____ Curso: 1º ☐ 2º ☐
Email: _____ Telf. Móvil: _____ Telf. Fijo: _____
Dirección (calle/plaza): _____ Nº _____ Portal _____ Piso _____
Población: _____ C.P.: _____ Provincia: _____
Fecha nacimiento: ____/____/____ Población de nacimiento: _____
Provincia de nacimiento: _____ País de nacimiento: _____
Nacionalidad: _____ Nº Seguridad Social: _____ N.I.A.: _____

Datos familiares:

Padre/Tutor: Nombre: _____ Apellidos: _____ DNI: _____
Dirección postal: _____ Email: _____
Telf. Fijo: _____ Telf. Móvil: _____ ¿Recibirá correo oficial?: Sí ☐ NO ☐
Madre/Tutora: Nombre: _____ Apellidos: _____ DNI: _____
Dirección postal: _____ Email: _____
Telf. Fijo: _____ Telf. Móvil: _____ ¿Recibirá correo oficial?: Sí ☐ NO ☐

MENOR DE EDAD: Es obligatorio rellenar todos los datos familiares y la firma de ambos tutores. **MAYOR DE EDAD:** Nombre y DNI de los padres obligatorio.

Datos Académicos:

Repite: Sí ☐ NO ☐ Centro de Procedencia: _____
¿Realizó el mismo ciclo formativo?: Sí ☐ NO ☐ ¿Realizó pruebas libres?: Sí ☐ NO ☐
¿Realizó otros ciclos formativos?: Sí ☐ NO ☐ Denominación: _____
FORMA DE ACCESO: _____
¿Está exento del pago del Seguro Escolar?: Sí ☐ NO ☐

En _____ a _____ de _____ de 20____

Fdo.: _____
Padre, Madre o Tutor/a legal

Fdo.: _____
Alumno/a

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS	
Responsable	HM HOSPITALES 1989, S.A. (CENTRO DE FORMACIÓN EN PROFESIONES BIOSANITARIAS HM HOSPITALES)
Finalidad	Gestión de datos identificativos del alumno, sus familiares y académicos con el fin de matricularle en alguno de los ciclos ofertados por el Responsable, así como actividades derivadas de dicha matriculación (entre otras, actividades de comunicación y de evaluación del alumno y gestión administrativa y de facturación).
Legitimación	El Responsable se encuentra legitimado para el desarrollo y ejecución de un contrato.
Destinatarios	Los datos serán cedidos a las entidades bancarias colaboradoras con el Responsable al objeto de realizar el cobro de la matriculación. En su caso, podrán ser cedidos a compañías aseguradoras colaboradoras al objeto de reembolsar el seguro de accidentes contratado, a centros sanitarios a fin de poder atenderle correctamente o a entidades financieras colaboradoras al objeto de financiar la matrícula. Igualmente, los datos serán cedidos a SICEP (Sistema de Información Centros Educativos Privados) y Raíces (Sistema integral de gestión educativa digital) ambas la Consejería de Educación e Investigación de la Comunidad de Madrid en los supuestos en los que el alumno efectivamente sea matriculado. En cualquier otro caso, no está prevista ninguna comunicación de datos a terceros salvo que medie al efecto obligación legal o requerimiento judicial.
Derechos	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.
Información Adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra Política de Privacidad: www.formacionhm.com