

## 1. Documentación anexa a la matrícula

- Solicitud de **matrícula firmada**.
  - Fotocopia del **DNI**.
  - N° Seguridad Social.
  - 1 **fotografía** tamaño carnet en formato JPG.
  - Fotocopia compulsada del título** o en su defecto, certificado original de los estudios aportados, expedidos por el Centro Educativo donde cursó dichos estudios.
  - Resguardo del ingreso bancario** por el importe de la matrícula en el número de cuenta:  
**ES37 2100 1751 4902 0068 1530 (CaixaBank)**
  - En caso de solicitar las **ayudas Sanitio Formación**, es necesaria una fotocopia de la última declaración de la renta que acredite que los ingresos de la unidad familiar fueron inferiores a 40.000€, o certificado de la familia numerosa, o certificado acreditativo oficial del grado de discapacidad de algún miembro de la unidad familiar.
2. La **renuncia unilateral del alumno/a a la matrícula o la falsificación de cualquiera documentación** o datos **conlleva la pérdida de cualquier tipo de derechos** por parte del alumno/a, así como asumir las responsabilidades que se deriven de la legislación vigente.

## 2. Datos personales

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

DNI/Pasaporte \_\_\_\_\_ N° Seg. Social \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Teléfono fijo \_\_\_\_\_ Teléfono móvil \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

### Datos de nacimiento:

Fecha nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

Estudios aportados \_\_\_\_\_

El alumno/a declara haber leído, conocer y aceptar lo expuesto anteriormente y para que así conste lo firma.

Firma del alumno En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\*En cumplimiento de lo establecido en la normativa vigente sobre Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos de carácter personal serán tratados por parte de SANITO FORMACIÓN S.L. en calidad de responsable del tratamiento con la finalidad de formalizar la matrícula gestionar el expediente académico, así como la gestión contable, administrativa y facturación con los alumnos. Podrá acceder, rectificar o suprimir sus datos y disponer de otros derechos recogidos en la normativa en materia de protección de datos, así como consultar nuestra política de privacidad mediante petición escrita dirigida a SANITO FORMACIÓN S.L. o enviando un e-mail a: [informacion@sanitioformacion.com](mailto:informacion@sanitioformacion.com). Igualmente podrá consultar información adicional en nuestra web [www.sanitioformacion.com](http://www.sanitioformacion.com)

**Curso: 2025/26** En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

El alumno/a \_\_\_\_\_

desea matricularse en los Ciclos Formativos de Grado Superior en la especialidad de:

## **Radioterapia y Dosimetría**

### **3. Modalidades de pago**

#### **Pago fraccionado:**

Primer año: 395€ de matrícula y 10 mensualidades de 391€

Segundo año: 395€ de matrícula y 10 mensualidades de 391€

#### **Pago único:**

Primer año: 395€ de matrícula y un único pago de 3.910,50€

Segundo año: 395€ de matrícula y un único pago de 3.910,50€

#### **Modalidad de pago:**

Pago fraccionado

Pago único

El alumno/a abajo firmante declara haber leído, conocer y aceptar lo expuesto anteriormente y para que así conste lo firma.

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

**Firma** En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

#### 4. Domiciliación bancaria

Nombre del alumno/a \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la cuenta \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

#### DATOS BANCARIOS

ES		COD. ENTIDAD				COD. SUCURSAL				D.C.		NÚMERO DE CUENTA													
E	S																								

Nombre entidad \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

D./Dña. \_\_\_\_\_ con NIF \_\_\_\_\_

Expreso mi consentimiento para que se carguen en mi cuenta los recibos estipulados.

Firma del Titular de la cuenta \_\_\_\_\_ En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

- \* El alumno se hará responsable de tener la titulación requerida a efectos de acceso a la formación de Grado Superior. En caso de que no fuera así, quedaría anulada la matrícula, sin opción alguna de devolución del dinero.
- \* L@s alum@s que tuvieran alguna causa JUSTIFICADA mediante documentación oficial, por la cual no pudiera realizar finalmente el curso con Sanitio, recibirán la devolución íntegra del importe de la matrícula del curso solicitado SIEMPRE QUE SEA ANTES de la fecha del comienzo del mismo. Así como si el alumno, una vez matriculado en Sanitio, consiguiera plaza en otro centro formativo PÚBLICO.
- \* Las matrículas incompletas no serán válidas.
- \* Las FCT están sujetas a disponibilidad y se asignarán según la capacidad y disponibilidad de los centros sanitarios.
- \* El 31 de agosto de 2025 será la fecha límite para posibles cambios y modificaciones de datos de las matrículas (forma de pago, nº de cuenta, etc.). Pasada esa fecha, no se admitirá modificación alguna.

## 5. Solicitud de convalidación de módulos de formación profesional

\*Cumplimentar sólo por aquellos alumnos que desean convalidar alguna asignatura

### Datos personales

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

DNI/Pasaporte nº \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Teléfono fijo \_\_\_\_\_ Teléfono móvil \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

### Datos del Centro:

Denominación **SANITIO FORMACIÓN** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

### Ciclo formativo en el que se matricula

\_\_\_\_\_

### Estudios que aporta (Indicar si es LOGSE/LOE/Estudios universitarios/otros)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Módulos profesionales que solicita convalidar:

(Se debe hacer constar el nombre correcto. En caso de módulos profesionales LOE, indicar el código especificado en el Real Decreto que establece el título)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

### Firma

