

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. Igualmente podrá consultar información adicional en nuestra web www.sanitioformacion.com

Curso: 20__/_

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****Normal:**

Primer año: 360€ de matrícula y 10 mensualidades de 395€

Segundo año: 360€ de matrícula y 10 mensualidades de 395€

Pago único:

Primer año: 360€ de matrícula y un único pago de 3.555€

Segundo año: 360€ de matrícula y un único pago de 3.555€

Ayudas Sanitio Formación (10% descuento):

Primer año: 360€ de matrícula y 10 mensualidades de 355,5€

Segundo año: 360€ de matrícula y 10 mensualidades de 355,5€

- * Alumnos con ingresos familiares inferiores a los 40.000€ anuales
- * Algún miembro de la familia con algún grado de discapacidad
- * Familia Numerosa

**Modalidad de pago elegida:** **Normal** (fraccionado en 10 mensualidades) **Pago único** **Ayudas**

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

En _____, a _____ de _____ de _____

Nombre y apellidos _____

DNI: _____

Firma del alumno/a

- * Si el alumno/a, una vez matriculado, renunciase a su plaza de manera unilateral y sin justificación oficial, no tendrá derecho a recibir ninguna devolución.
- * Si no se iniciara el curso, se devolverá el importe total de la matrícula.
- * Las FCT están sujetas a disponibilidad y se asignarán según la capacidad y disponibilidad de los centros sanitarios.

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 _____

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 _____

Dirección: _____ Código postal: _____

Ciudad _____ Provincia _____

Correo electrónico: secretaria@sanitioformacion.com

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

