



INSCRIPCIÓN 2021/2022

MÁSTER UNIVERSITARIO EN FISIOTERAPIA DEPORTIVA

1. Datos Personales

Nº DNI, NIE o Pasaporte	Nacionalidad	Nº Seg. Social		
1º Apellido	2º Apellido	Nombre		
Fecha de Nacimiento		Sexo	V	M
Localidad de Nacimiento	Provincia	País		

2. Datos a Efectos de Notificación

Domicilio		Nº	Piso/Letra
Población	Provincia	País residencia	
Código Postal	Télefono Móvil	Télefono fijo	
E-mail			

3. Titulación de Acceso

Titulación	
Universidad	Fecha Expedición del Título

Confirmando que toda la información que he facilitado en este impreso y en los documentos que lo acompañan es cierta y correcta. Acepto que cualquier falsedad en los datos académicos aquí reflejados llevará aparejada la baja automática como alumno en la Universidad Pontificia de Salamanca. Asimismo, declaro conocer y aceptar las normas y el sistema docente de la Universidad Pontificia de Salamanca, así como las tasas académicas y forma de pago.

Firma del alumno/a:

Fecha:

Información básica sobre Protección de Datos

Responsable:	Asociación Nuestra Señora Salus Infirmorum Diócesis de Madrid
Finalidad:	Gestión de las relaciones con la Asociación
Legitimación:	Ejecución de contrato e interés legítimo del interesado
Destinatarios:	Sólo se cederán datos a las empresas con las que se colabora para cumplir con la relación contractual suscrita, y las legalmente obligatorias por razones informáticas o electrónicas
Derechos:	Acceder, rectificar, cancelar, bloquear, oposición y portabilidad
Información adicional:	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web www.saluscampuesdemadrid.com/transparencia

De acuerdo con el Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 cedo a la Asociación Nuestra Señora Salus Infirmorum Diócesis de Madrid los datos introducidos en el presente formulario que serán incorporados a los ficheros de la Asociación y asimismo autorizo a que sean tratados según la información básica y adicional que tengo en este momento a mi disposición.

Casilla de consentimiento inequívoco

Fecha:

Firma: