



Universidad Pontificia
de Salamanca



Salus Infirmorum
Facultad de Enfermería y Fisioterapia
Madrid

INSCRIPCIÓN 20__/20__

MÁSTER DIPLOMA
FISIOTERAPIA ONCOLÓGICA

Antiguo Alumno UPISA Curso

1. Datos Personales

Nº DNI, NIE o Pasaporte Nacionalidad
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 Teléfono Móvil Teléfono fijo
E-mail

3. Titulación de Acceso

Titulación
Universidad Fecha Expedición del Título

4. Documentación que aporta

Fotocopia DNI, NIE, Pasaporte
Fotocopia compulsada del Título por el que se accede (por ambas caras)
Certificado Académico

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.

Información básica sobre Protección de Datos (V2)	
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 cede 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. En Madrid, a ____ de ____ de ____

Firma: