



Universidad Pontificia
de Salamanca



Salus Infirmorum
Facultad de Enfermería y Fisioterapia
Madrid

INSCRIPCIÓN 20__/20__

MÁSTER UNIVERSITARIO EN
DOCENCIA PARA CIENCIAS DE LA SALUD

Antiguo Alumno UPSA 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 auto-mática 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 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. En Madrid, a ____ de _____ de _____

Firma: