

FORMACIÓN SANITARIA ESPECÍFICA INICIAL (FSEI)

FICHA DEL ALUMNO

NOMBRE Y APELLIDO _____

Nº DNI, PASAPORTE O NIF _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

DOMICILIO _____

TELÉFONO _____ E-MAIL _____

SOLICITA SER ADMITIDO/A COMO ALUMNO/A PARA REALIZAR EL CURSO CORRESPONDIENTE A LA OBTENCIÓN DEL CERTIFICADO DE:

FORMACIÓN SANITARIA ESPECÍFICA INICIAL

FECHAS PREVISTAS: _____ CÓDIGO DE CURSO: _____

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

- Fotocopia del DNI / NIE y pasaporte
- Matrícula/pago a cuenta del curso para la formalización de la plaza, mediante el abono del 50%, antes del inicio, en el mismo centro o transferencia a la cuenta de La Caixa: **ES70 2100 7144 12 0200037224**. Con el nombre, apellido y dni, y el nombre del curso, en este caso FSEI. Dicha cantidad no será devuelta salvo causa justificada*.

CONDICIONES PARTICULARES:

- ✓ No se podrá tener más de un **10% total de faltas de asistencia en las clases teóricas** de los distintos módulos del curso a realizar, (total horas de teoría: 11 h.), es decir 1,1 h., así como **asistir a la totalidad (100%) de las clases prácticas** (total de horas de prácticas, 11 h.) del mencionado curso.

*En caso de no poder o no realizar el curso, por causa justificada, deberá comunicarlo al dpto. de formación del centro de Almonte, con una antelación mínima de 15 días. El importe de la matrícula será guardado y compensado para la próxima convocatoria, o abonado al alumno según el caso. Si no se comunica con la mínima antelación al departamento, **perderá el derecho al examen correspondiente.**

Para el inicio del curso, es necesario un mínimo de alumnos, en este caso 12. Si el centro no llegase a ese número de plazas, no llevándose a cabo el curso, también se hará la devolución del importe.

- ✓ La totalidad de la matrícula debe estar abonada a la finalización del presente curso.
- ✓ La Dirección se reserva el derecho a realizar cambios en las fechas de los cursos a impartir.
- ✓ Se reserva el derecho de admisión. No se tolerarán conductas ofensivas ni que inciten a violencia. No se permitirá acceso a las aulas a personas que se hallen bajo los efectos de drogas o alcohol. Se debe mantener una presencia aseada. Existen hojas de sugerencias y reclamaciones a disposición de los alumnos.

Acepto las condiciones anteriormente indicadas.

Firma: _____

PROTECCIÓN DE DATOS Y DERECHOS DE LA PROPIA IMAGEN:

<input type="checkbox"/>	Sí autorizo
<input type="checkbox"/>	No autorizo

A Gescopren Formación, S.L., a la utilización del material fotográfico y de video que se ha generado durante el transcurso de este curso.

Huelva, a _____ de _____ de 2016

Se informa al interesado que todos sus datos de carácter personal facilitados en el presente documento se incorporaran y trataran en un fichero de datos cuyo titular es GESCOPREN FORMACIÓN, S.L., con domicilio a estos efectos el que figura en el pie de página, e-mail: formsanitaria@gescopren.com, teléfono 959 049 486, móvil 664 292 101, donde podrá ejercitar gratuitamente los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición reconocidos en la normativa sobre Protección de Datos de Carácter Personal (LO 15/1999, de 13 de Diciembre y RD 1720/2007, de 21 de Diciembre.