

CENTRO DE FORMACIÓN PROFESIONAL SAGRADA FAMILIA

Máster FP Robótica Colaborativa

TÍTULO OFICIAL DE LA JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN

DATOS DEL ALUMNO/A

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRE:	NIF/NIE (completo)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN:		Nº	PISO LETRA
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
TELÉFONO			
<input type="text"/>			
C. POSTAL:	PROVINCIA:	MUNICIPIO:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
FECHA DE NACIMIENTO:	LOCALIDAD DE NACIMIENTO		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
CORREO ELECTRÓNICO:	<input type="text"/>		

COMO HAS CONOCIDO EL CENTRO

En Valladolid, a ... de de 20...

Firma del alumno:

Fdo.:

Precio del curso: 1.500€

Pago único

Pago fraccionado (*3 cuotas de 500€)

Matrícula: 250€ (A descontar en el importe total del curso)

Colegio Seminario Sagrada Familia

Ingreso en Nº Cuenta: **IBAN ES7600755707120600113621**

Concepto: **Nombre y apellidos (alumno)** y concepto **“Máster FP”**

Nota: La documentación se entregará vía correo, al email (secretaria@fp.safavalladolid.com) o físicamente en el centro.

Según los que dispone el Reglamento (UE) 2016/679, le informamos que los datos de los alumnos y de sus representantes legales, serán incorporados en ficheros titularidad del Colegio Sagrada Familia para el correcto desarrollo del proceso de inscripción y de la docencia en este centro. En el caso que durante el procedimiento de inscripción o una vez procedida la matrícula, se recogiesen datos de salud para el desarrollo de las finalidades docentes, Usted autoriza al centro para el tratamiento de este tipo de datos.

Los datos personales, incluidos los de carácter reservado, necesarios para el centro educativo, serán facilitados a la Consejería de Educación, cuando la misma lo requiera de conformidad con lo dispuesto en la D.A. 23ª de la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. Asimismo, el centro podrá cederle datos de carácter personal empresas de actividades y/o servicios, con objeto de llevar a cabo las actividades educativas que le son propias.

Así mismo le informamos que el titular de los datos o, si es el caso, su representante legal, podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante carta dirigida a nuestro centro, adjuntando fotocopia de su DNI, a la calle Arcas Reales 146, C.P. 47008 de Valladolid.

Yo, _____ como alumno.

AUTORIZO: Hermanos de la Sagrada Familia

1.- Que mi imagen pueda aparecer en fotografías correspondiente a actividades escolares y extraescolares organizadas por el centro y publicadas en:

- Páginas web del centro SI NO
- Filmaciones con usos no comerciales SI NO
- Revistas o publicaciones editadas por el centro de ámbito educativo SI NO
- Cuentas del centro, activas en diferentes redes sociales (Facebook, Twitter, Instagram,...) (*) SI NO

(*) Así mismo, conozco y consiento que las redes sociales antes mencionadas incorporen una política de privacidad de la cual se deriva la existencia de transferencias internacionales de datos.

2.- Que el material elaborado por el centro pueda ser publicado en los espacios de comunicación (blogs y espacios web del centro y revistas editadas por el mismo centro) con la finalidad de desarrollar la actividad educativa u darla a conocer: SI NO

3.- Que en las páginas web o blogs y revistas editadas por el centro consten las iniciales del alumno o alumna: SI NO

En el caso que el firmante descargue en dispositivos o aplicaciones propias, las imágenes publicadas por el Centro en cualquiera de los recursos aquí mencionados; éste será el único responsable del uso y acceso que se realice a las imágenes desde ese instante, exonerando al Centro de responsabilidad alguna en el supuesto que dicho acceso supusiera un perjuicio para su representado. SI NO

Para que conste a todos los efectos legales, lo firmo en _____ a _____ de _____ de _____.

CIFP SAGRADA FAMILIA
(sello)

Fº. D/Dª _____

Orden de domiciliación de cargo directo SEPA básico

Datos del acreedor	Referencia del orden de domiciliación:..... Identificador del acreedor:..... Nombre del acreedores:..... Dirección:..... Código Postal – Población:..... País:.....	R4700225H CENTRO DE FORMACIÓN PROFESIONAL SAGRADA FAMILIA Calle Arca Real 146 47008 - VALLADOLID ESPAÑA
---------------------------	--	--

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para cargar en su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los cargos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso se ha de efectuar dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha del cargo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

Datos del deudor	Nombre de los deudores:	NIF/NIE:
	Dirección del deudor:	Correo Electrónico:
	<u>Swift BIC (sólo para transferencias internacionales)</u>	
	<u>Número de la cuenta – IBAN</u> _____	
	Entidad Bancaria	
	Forma de Pago	<input checked="" type="checkbox"/> Pago recurrente <input type="checkbox"/> Pago único

Datos comprobados y autorización otorgados por: <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> _____ <i>Nombre (legible) y firma</i> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> En _____, el día _____ de _____ de 2_____ </div>
