

**CICLO FORMATIVO DE GRADO SUPERIOR**  
**LABORATORIO CLÍNICO Y BIOMÉDICO**

**PREINSCRIPCIÓN 2.018 /2.019**

Apellidos..... Nombre.....  
Domicilio.....nº.....  
Ciudad..... Provincia..... C. Postal.....  
Teléfono.....Móvil Alumno.....Móvil Madre / Padre.....  
N.I.F..... Fecha de Nacimiento.....  
Últimos estudios realizados.....  
Se matricula en el curso completo: Si No  
Centro donde curso los últimos estudios.....  
E-mail.....

---

EL ALUMNO/A.....  
ABONARA LA CANTIDAD DE 175 EUROS EN CONCEPTO DE DERECHOS DE  
PREINSCRIPCIÓN CORRESPONDIENTE AL CICLO FORMATIVO ARRIBA RESEÑADO. UNA  
VEZ CONFIRMADO EN SECRETARÍA QUE EL CENTRO DISPONE DE PLAZAS VACANTES.  
(CONSULTAR POR TELÉFONO 956 90 90 57)

En Cádiz, a de 2.018

-Sello del Centro-

Firma del alumno/a:

---

❖ **El Ciclo Formativo no se impartirá si no se establece el cupo requerido.**

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de carácter personal, le informamos que los datos personales que nos facilite serán incorporados al fichero alumnos del Centro con la finalidad de la gestión administrativa y formativa de los alumnos del mismo. Los datos personales únicamente se utilizarán para la finalidad antes mencionada, pudiendo ser cedidos a organismos públicos en cumplimiento de la legislación educativa vigente.

Asimismo el alumno o en su caso el padre/ madre/ tutor autoriza expresamente a que sus datos sean cedidos con fines de colocación profesional a empresas y otras entidades con las que trate el centro con la finalidad exclusiva de participar en los procesos de selección que estas lleven a cabo o para facilitar su contratación. (en caso contrario señale con un x la casilla siguiente).

Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación, dirigiéndose por escrito al Centro.

En Cádiz a.....de .....20.....

Firma alumno o padre/ madre/ tutor en su caso.