



ENSEÑANZA DE POSTGRADO Y CURSOS DE EXTENSIÓN UNIVERSITARIA

CENTRO O ENTIDAD.....

DATOS PERSONALES

(Escribid el nombre y los apellidos tal y como aparecen en vuestro DNI o certificado de cambio de nombre, añadiendo los acentos que consideréis necesarios y la conjunción "y" "i" entre los apellidos, en caso de que queráis que conste)

DNI o núm. Pasaporte para extranjeros

[Empty box for DNI or passport number]

Primer Apellido [Empty box]

Segundo Apellido [Empty box]

Nombre [Empty box]

Fecha de Nacimiento [Empty box]

Español = 1
Extranjero = 2

[Empty box for nationality selection]

Nacionalidad

Teléfono fijo [Empty box]

Teléfono móvil [Empty box]

Dirección de correo electrónico [Empty box]

Nombre de la calle [Empty box]

Número [Empty box]

Piso [Empty box]

Código Postal [Empty box]

Población [Empty box]

Provincia/comarca [Empty box]

Vuestros datos personales serán sometidos a un tratamiento automatizado de carácter confidencial e incluidos en un fichero creado por resolución del Rector de la UB de acuerdo con lo establecido en la LO 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, con el fin de gestionar vuestros datos académicos.

En el supuesto de que lo autorizéis, vuestras señas personales (nombre y dirección) podrán ser difundidas con el fin de haceros entrega de información que puede ser de vuestro interés. El consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento.

En consecuencia, autorizo la difusión de mi nombre y dirección para poder recibir esta información: Sí

[Empty box for Yes]

No

[Empty box for No]

SEGURO

PÓLIZA DE SEGURO VOLUNTARIO

SI [Empty box]

NO [Empty box]

Hago constar que renuncio al seguro y que me doy por enterado de que no tengo cobertura ni por accidente ni por enfermedad.

Barcelona, _____ de _____ de _____
(Firma del alumno)

APORTACIÓN A LA FUNDACIÓ SOLIDARITAT UB

¿Quieres contribuir con tu aportación al desarrollo de las actividades de cooperación de la Fundació Solidaritat UB?

SI [Empty box]

NO [Empty box]

DATOS ACADÉMICOS (rellenar por la secretaría del curso)

Enseñanza de postgrado

[Empty box]

Programa de más de un año académico

[Empty box]

Programa de master curricular

[Empty box]

Programa con especialidades

[Empty box]

Curso de Extensión Universitaria

[Empty box]

Denominación de la enseñanza de postgrado/curso de extensión universitaria

[Empty box for denomination]

Código del postgrado/curso

[Empty box]

Códigos de cursos, unidades o módulos

[Empty box]

[Empty box]

[Empty box]

[Empty box]

[Empty box]

[Empty box]

[Empty box]

[Empty box]

[Empty box]

[Empty box]

[Empty box]

[Empty box]

Quedo enterado/a de que la eficacia de la matrícula está condicionada por la veracidad de los datos, al cumplimiento de los requisitos exigibles y al pago completo en los plazos establecidos. Asimismo me doy por enterado/a de que en caso de carencia de la documentación señalada en la hoja de instrucciones, este acto tiene efectos de notificación, con el fin de aportar la documentación que corresponda en el plazo de 10 días a partir de la fecha de la matrícula.

Barcelona _____ de _____ de _____
(Firma del alumno/a)

Visto bueno
Responsable del curso (si es el caso)
(Firma)


CURS 2010/2011
ENSENYAMENTS DE POSTGRAU I CURSOS D'EXTENSIÓ UNIVERSITÀRIA
CENTRE O ENTITAT
DADES PERSONALS

(Escriviu el nom i els cognoms tal com apareixen al vostre DNI o certificat de canvi de nom, afegint-hi els accents que considereu necessaris i la conjunció "i" "y" entre els cognoms, en cas que vulgueu que hi consti)

DNI o núm. Passaport per a estrangers

Primer cognom

Segon Cognom

Nom

Data de Naixement

 Espanyol = 1
Estranger = 2

 Nacionalitat

Telèfon fix

Telèfon mòbil

Adreça de correu electrònic

Nom del carrer

Número

Pis

Codi Postal

Població

Província/comarca

Les vostres dades personal seran sotmeses a un tractament automatitzat de caràcter confidencial, i incloses en un fitxer creat per resolució del Rector de la UB d'acord amb el que estableix la LO 15/1999, de protecció de dades de Caràcter Personal, amb la finalitat de gestionar les vostres dades acadèmiques.

En el cas que ho autoritzeu, les vostres dades personals (nom i adreça) es podran difondre amb la finalitat de lliurar-vos informació que pot ser del vostre interès. El consentiment podrà ser revocat en qualsevol moment.

En conseqüència, autoritzo la difusió del meu nom i adreça per rebre aquesta informació:

 Sí

 No
ASSEGURANÇA

PÒLISA D'ASSEGURANÇA VOLUNTÀRIA

 Sí

 NO

Faig constar que renuncio a l'assegurança, i em dono per assabentat que no tinc cobertura ni per accident ni per malaltia.

 Barcelona, _____ de _____ de _____
(Signatura de l'alumne)

APORTACIÓ A LA FUNDACIÓ SOLIDARITAT UB

Vols contribuir amb la teva aportació al desenvolupament de les activitats de cooperació de la Fundació Solidaritat UB?

 Sí

 NO
DADES ACADÈMIQUES

(A omplir per la secretaria del curs)

Ensenyament de postgrau

Programa de més d'un any acadèmic

Programa de màster curricular

Programa amb especialitats

Curs d'Extensió Universitària

Denominació de l'ensenyament de postgrau/curs d'extensió universitària

Codi de l'ensenyament

Codis de cursos, unitats o mòduls

Quedo assabentat/ada que l'eficàcia de la matrícula està condicionada a la veracitat de les dades, al compliment dels requisits exigibles i al pagament complet, en els terminis establerts. Així mateix em dono per assabentat/ada que en cas de manca de documentació assenyalada en el full d'instruccions, aquest acte té efectes de notificació per tal d'aportar la documentació que correspongui en el termini de 10 dies a partir de la data de la matrícula.

 Barcelona _____ de _____ de _____
(Signatura de l'alumne/a)

 Vist i plau
Responsable del curs (si és el cas)
(Signatura)