

SOLICITUD DE PREMATRÍCULA ESTUDIANTES INTERCAMBIO AÑO ACADÉMICO ____ / ____

DNI/Pasaporte	Sexo (M = masculino / F = femenino)
---------------	-------------------------------------

Apellidos	Nombre
-----------	--------

Dirección habitual

Código postal	Población
---------------	-----------

Comarca	Provincia
---------	-----------

País	Teléfono
------	----------

Dirección durante el curso

Código postal	Población
---------------	-----------

Comarca	Provincia
---------	-----------

País	Teléfono
------	----------

Dirección electrónica	Teléfono móvil
-----------------------	----------------

Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento
---------------------	---------------------

Código postal del lugar de nacimiento	Nacionalidad
---------------------------------------	--------------

Idioma: Catalán/Castellano:	Núm. Seguridad Social u otros:
-----------------------------	--------------------------------

Autorizo la difusión de la dirección para asuntos fuera de la UAB?	Si	No
--	----	----

Programa de Intercambio: _____

Universidad de procedencia: _____

Centro de origen: _____

Dirección: _____

Población: _____ Teléfono: _____

Coordinador/a intercambio: _____

Estudios que cursa: _____ Curso: _____

Seguro Médico: Compañía: _____

Núm. de póliza: _____ Vigencia: _____

Seguro Responsabilidad Civil: Compañía: _____

Núm. de póliza: _____ Vigencia: _____

Plan de estudios de Grado en Enfermería 2009 – BOE 285 de 27/11/2012

Tercer curso

X	Código	Carácter	Semestre		Asignaturas: formación complementaria	Créditos ECTS
	20073	OB	2		Práctico VIII	21

Barcelona, _____

Firma del estudiante

Documentación a entregar:

- ✓ Fotocopia Tarjeta Sanitaria
- ✓ Fotografía actual tamaño carné
- ✓ Fotocopia seguro responsabilidad civil y médica
- ✓ Fotocopia impreso matrícula año académico 2017/2018 del centro de origen donde figure el abono del Seguro Escolar
- ✓ Hoja de información y consentimiento informado firmada
- ✓ Compromiso de confidencialidad firmado
- ✓ Compromiso de confidencialidad destinado a alumnos (Comision de RRHH Sistema Nacional de Salud)

Solicita:

Carpeta (..... €) Si No

Agenda (..... €) Si No

De acuerdo con el artículo 21 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas, os comunicamos que el plazo máximo para la notificación de la resolución de vuestra solicitud es de cinco meses a contar desde la fecha de presentación de este escrito; si en el plazo indicado no se ha hecho la publicación o notificación podréis entender que vuestra solicitud ha sido estimada.

Al facilitar vuestros datos personales, el tratamiento que se puede derivar es sometido a las previsiones que dispone la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), os informamos que vuestros datos de carácter personal se incorporaran en el fichero "Alumnat", titularidad de la Fundación de Gestión Sanitaria de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (FGS). Los destinatarios de la información son todos los departamentos docentes en que se organiza la Escuela Universitaria de Enfermería.

Podéis ejercer vuestros derechos de acceso, rectificación, cancelación y posición (derechos ARCO) mediante una comunicación escrita al responsable de fichero de la FGS, a la que se ha de adjuntar una fotocopia del DNI/Pasaporte, dirigida a la Secretaria la Escuela Universitaria de Enfermería del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, C/.Sant Antoni Maria Claret 167, 08025 de Barcelona