

SOLICITUD DE MATRÍCULA
**CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN
CULTIVOS CELULARES**

**CURSO ACADÉMICO
2024/2025**

Nº EXPEDIENTE:

POR FAVOR RELLENA EL FORMULARIO CON LETRA MAYÚSCULA Y CLARA

DATOS DEL ALUMNO/A					
APELLIDOS			NOMBRE		
☐ DNI ☐ NIE		FECHA DE NACIMIENTO		MUNICIPIO Y PAÍS DE NACIMIENTO	
☐ PASAPORTE					
DIRECCIÓN					
COD. POSTAL	PROVINCIA		NÚMERO SEGURIDAD SOCIAL		
TELÉFONO		CORREO ELECTRÓNICO			
TITULACIÓN DE ACCESO					
☐ TÉCNICO SUPERIOR EN ANATOMÍA PATOLÓGICA Y CITODIAGNÓSTICO ☐ TÉCNICO SUPERIOR EN FABRICACIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, BIOTECNOLÓGICOS Y AFINES ☐ TÉCNICO SUPERIOR EN LABORATORIO DE ANÁLISIS Y CONTROL DE CALIDAD ☐ TÉCNICO SUPERIOR EN LABORATORIO CLÍNICO Y BIOMÉDICO ☐ TÉCNICO SUPERIOR EN LABORATORIO DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO (LOGSE) ☐ TÉCNICO ESPECIALISTA EN LABORATORIO (FP II)					
OTROS DATOS DE INTERÉS					
SE MATRICULA POR PRIMERA VEZ EN EL CENTRO	☐ SI ☐ NO	ABONA SEGURO ESCOLAR	☐ SI POR SER MENOR DE 28 AÑOS ☐ EXENTO POR SER MAYOR DE 28 AÑOS		
☐ NO AUTORIZO al Centro Integrado de Formación Profesional de Lorca a la utilización de los trabajos e imágenes personales realizados en diversas actividades escolares lectivas, extraescolares o complementarias organizadas por el centro durante el curso escolar en los medios de difusión que disponga (página web, revistas, exposiciones temporales, jornadas culturales, celebraciones escolares,...etc.) así como los datos personales a efectos de promoción del alumno en Bolsas de Trabajo.					

El/La abajo firmante solicita la matrícula en el CIFP de Lorca, teniendo en cuenta que la misma es provisional hasta la comprobación de los datos y documentación aportados.

NOTA: LOS ALUMNOS SERÁN RESPONSABLES DE LA VERACIDAD DE LOS DATOS APORTADOS.

Fecha de presentación: _____

FIRMA DEL SOLICITANTE

(Sello del centro)

Declaración de confidencialidad de alumno que realiza la FCT

(Este documento será recogido por el centro al realizar el alumno la matrícula de 2º curso)

Datos del alumno

NOMBRE:

APELLIDOS:

D.N.I.:

El alumno cuyos datos figuran arriba,

DECLARA:

Que ha sido informado por parte de su tutor/a de 1º curso o bien por el tutor de FCT en 2º curso sobre las obligaciones que contrae de conformidad con el artículo 5 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Que la información de pacientes u otro personal a la que tenga acceso por razón de su condición de alumno en FCT, ya sea dentro o fuera del lugar donde realiza su formación, queda prohibida para ser transmitida por cualquier medio, aún después de finalizar su periodo formativo.

Que queda sometido al deber del secreto en relación con los datos de carácter personal a los que tenga acceso durante el desarrollo de las prácticas, tanto si estos datos están en soporte automatizado como si lo están en soporte papel, la obligación subsistirá aún después de finalizar las prácticas.

Que conoce que el incumplimiento de estas obligaciones dará lugar a la exigencia de responsabilidad de carácter administrativo, civil o incluso penal en los casos que así se determine judicialmente.

En Lorca, a _____

Firma del alumno:

Los datos de carácter personal recogidos en este documento se integrarán exclusivamente en el tratamiento del proceso del módulo de FCT en los centros de prácticas para la realización de la formación en centros de trabajo. Los responsables del tratamiento son los centros docentes donde estén matriculados los alumnos, dependientes de la Dirección General de Formación Profesional y Calidad Educativa, ante cuyo titular puede el interesado ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición o cancelación de datos en los términos y con los requisitos establecidos en los artículos 13 y siguientes de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.