



UCAV  
UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE ÁVILA

Escuela  
**Hospital  
Mompía**

Impreso: S-G Mompía

ESCUELA HOSPITAL MOMPÍA  
REGISTRO DE ALUMNOS

ENTRADA:

.....

FECHA:

.....

## SOLICITUDES DE ALUMNOS

**CURSO ACADÉMICO PARA EL QUE REALIZA LA SOLICITUD**

/

### IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

ALUMNO SOLICITANTE:

TITULACIÓN QUE CURSA:

MODALIDAD DE ESTUDIOS:

CORREO ELECTRONICO:

TELÉFONO MÓVIL:

### DESCRIPCIÓN DE LA SOLICITUD:

### MOTIVOS QUE ALEGA:

### DOCUMENTOS QUE ACOMPAÑA:

Fecha de la solicitud: : / /

Firma del Estudiante

### ÓRGANO O AUTORIDAD A LA QUE DIRIGE SU PETICIÓN.:

Los datos personales recogidos en este impreso serán incorporados y tratados, con destino y uso exclusivamente administrativo, académico y para hacerle llegar información sobre las actividades de la Universidad Católica Santa Teresa de Jesús de Ávila y de la Escuela de Enfermería TPCS Hospital Mompía (titularidad de Hospital Mompía, S.A) . Además, por medio del presente escrito usted autoriza y queda informado de que sus datos podrán ser cedidos a la Universidad Católica de Ávila (UCAV). Dispone de más información sobre la política de protección de datos personales de la Escuela de Enfermería TPCS Hospital Mompía en <http://www.escuelahospitalmompia.es/proteccion-de-datos/> <https://www.ucavila.es/PoliticaPrivacidad.pdf> Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad de los datos en el correo electrónico [protecciondedatos@hospitalmompia.com](mailto:protecciondedatos@hospitalmompia.com) . Además, si tuviera dudas sobre la protección de sus datos personales, podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en [dpo@hospitalmompia.com](mailto:dpo@hospitalmompia.com)