

CENTRO FP EN CIENCIAS RADIOLOGICAS

Solicitud de matrícula en Logroño (La Rioja)

Apellidos y nombre_____

Edad_____ N.I.F. Nº_____

Teléfono_____

Domicilio_____ Código Postal_____

Correo electrónico_____

Población_____

Fecha de nacimiento_____

Lugar_____

Provincia_____

Nacionalidad_____ Nº Seg. Social_____

Estudios aportados_____

El alumno cuyos datos figuran arriba **solicita** matricularse en el Ciclo Formativo de Grado Superior en la especialidad de:

RADIOTERAPIA Y DOSIMETRÍA RADIOLÓGICA
IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR

TURNO: ___ Tarde

CURSO 20___ / 20___

_____, a _____ de _____ de 20___

(Firma)

De acuerdo con lo establecido por la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, doy mi consentimiento para que estos datos sean incluidos en un fichero automático del que es titular el Centro FP Ciencias radiológicas de Logroño y puedan ser utilizados para gestionar la relaciones entre el alumno y las escuela, y para la organización e información de las actividades organizadas por ésta u otras asociaciones vinculadas a este Centro, y declaro estar informado sobre los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podré ejercitar en el domicilio del Centro FP Ciencias Radiológicas, en C/ Capitán Gaona 2, 26001, Logroño o en la dirección de correo electrónico andresmateogr@hotmail.com

DOCUMENTACIÓN ANEXA A LA MATRICULA

1. Documentación a presentar por el alumno:

- Solicitud de matrícula firmada. anexo 1 (firmado) fotocopia del D.N.I.
- 2 fotografías tamaño carnet. (nombre en el reverso)
- Fotocopia compulsada del título o en su defecto certificado original de los estudios aportados, expedido por el instituto donde curso los estudios.
- **Ingreso directo de la matrícula en la secretaría del centro. 695 euros (Imagen para el diagnóstico y Medicina Nuclear) o 695 euros (Radioterapia y Dosimetría Radiológica). Precios para nuevos alumnos de primer curso**

2. La renuncia unilateral del alumno a la matricula o falsificación de cualquier documentación o datos, lleva inherente la perdida de cualquier tipo de derechos por parte del alumno, así como asumir las responsabilidades que la ley dicte.

Las prácticas o FCT se realizarán en Logroño fundamentalmente (tanto en la capital como en los hospitales comarcales). La designación del hospital donde se harán las prácticas o DCT será facultad exclusiva del centro educativo.

El alumno abajo firmante declara haber leído, conocer y aceptar lo arriba expuesto.

Apellidos _____

DNI _____ Firmado el alumno:

ANEXO I

COSTE DEL CURSO (PRECIOS PARA ALUMNOS NUEVOS DE 1^{er} AÑO)

Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear

- Primer año: 695 euros de matrícula y 10 mensualidades de 393 euros cada una.
- Segundo año: 695 euros de matrícula y 10 mensualidades de 393 euros cada una.

Radioterapia y Dosimetría Radiológica

- Primer año: 695 euros de matrícula y 10 mensualidades de 393 euros cada una.
- Segundo año: 695 euros de matrícula y 10 mensualidades de 393 euros cada una.

ASIGNATURAS Y CURSOS SUSPENSOS

En el caso de que un alumno suspendiera el curso con uno o varios módulos que le impidiesen pasar de curso deberá abonar la totalidad de la matrícula y mensualidades correspondientes al igual que sus nuevos compañeros, ya que ocupa plaza.

En caso de que un alumno suspendiese 1 o 2 asignaturas o módulos, siempre y cuando no repita curso, pagaría el importe proporcional solo de esa asignatura de acuerdo al número de horas que ocupe del total de la carga lectiva. No hará falta que pague ninguna matrícula en este caso.

El alumno ha leído y comprende lo anteriormente expuesto en el ANEXO 1 y para que así conste lo firma en _____ a _____ de _____ 20__

Apellidos _____ Nombre _____

DNI _____

Firma del alumno:

Si el alumno una vez realizada la reserva de plaza, renunciase tendrá derecho a una devolución parcial, según el mes de renuncia:

	RADIOTERAPIA Y DOSIMETRÍA RADIOLÓGICA	IMAGEN PARA EL DIAGN. Y MEDICINA NUCLEAR
Febrero	695 €	695 €
Marzo	695 €	695 €
Abril	695 €	695 €
Mayo	500 €	500 €
Junio	400 €	400 €
Julio	300 €	300 €

Agosto y resto del año 0€.

El alumno no tendrá derecho a recibir ninguna devolución de cuotas mensuales, ni matrícula, si éste renunciase unilateralmente a continuar sus estudios en el Centro, fuese cual fueses la razón por la que se produce ese abandono.

El alumno abajo firmante declara haber leído, conocer y aceptar lo arriba expuesto.

Apellidos _____ Nombre _____

DNI _____

Firmado: _____

El alumno D. _____

con DNI _____ abajo firmante, ha leído y está

de acuerdo en que la realización del módulo de FCT (Formación en Centros de Trabajo) se podrá desarrollar, a decisión del centro, tanto en periodo ordinario como extraordinario, en fecha posterior a la prevista para la finalización del ciclo, desde el mes de Septiembre siguiente a Enero, y en Hospitales y Clínicas de La Rioja, siendo los gastos de desplazamiento a estos Hospitales y Clínicas, el alojamiento, así como la ropa y calzado necesaria para la realización de estas prácticas por cuenta del alumno.

En Logroño a _____ de _____ de _____

Fdo: _____

DOCUMENTO DE DOMICILIACION BANCARIA IMAGEN PARA EL DIAGNOSTICO Y MEDICINA NUCLEAR

NOMBRE DEL ALUMNO _____

Pago de MATRICULA:

Transferencia bancaria a la cuenta ES48 0081 0250 95 0001620063

Pago de MENSUALIDADES:

Domiciliación bancaria en la cuenta que se indica a continuación

DATOS DE LA CUENTA: TITULAR _____

IBAN	COD. ENTIDAD	COD. SUCURSAL	D.C.	NUMERO DE CUENTA
NOMBRE ENTIDAD:				
DIRECCION:				
CODIGO POSTAL:			LOCALIDAD:	
CORREO ELECTRÓNICO:				

D. _____ con
 N.I.F. _____ expreso mi consentimiento para que el
 Centro de Formación Profesional en Ciencias
 Radiológicas, cargue en mi cuenta los recibos por un importe de
 393 euros mensuales de Septiembre de 20__ a Junio de 20__
 ambos inclusive.

En Logroño a _____ de _____ de 20__

Firma del titular de la cuenta: _____

**DOCUMENTO DE DOMICILIACION BANCARIA
RADIOTERAPIA Y DOSIMETRIA RADIOLOGICA****NOMBRE DEL ALUMNO** _____**Pago de MATRICULA:** Transferencia bancaria a la cuenta ES48 0081 0250 95 0001620063**Pago de MENSUALIDADES:** Domiciliación bancaria en la cuenta que se indica a continuación**DATOS DE LA CUENTA: TITULAR** _____

IBAN	COD. ENTIDAD	COD. SUCURSAL	D.C.	NUMERO DE CUENTA
NOMBRE ENTIDAD:				
DIRECCION:				
CODIGO POSTAL:			LOCALIDAD:	
CORREO ELECTRÓNICO:				

D. _____ con
N.I.F. _____ expreso mi consentimiento para que el
Centro de Formación Profesional en Ciencias
Radiológicas, cargue en mi cuenta los recibos por un importe de
393 euros mensuales de Septiembre de 20__ a Junio de 20__
ambos inclusive.

En Logroño a _____ de _____ de 20__

Firma del titular de la cuenta: _____

BECAS

El alumno tiene derecho a solicitar la beca que convoca el Ministerio de Educación anualmente.

ACCESO A ESTUDIOS UNIVERSITARIOS

GRADOS:

- Medicina
- Física
- Enfermería
- Fisioterapia
- Podología
- Educación Social
- Logopedia
- Terapia Ocupacional
- Trabajo Social
- Maestro (todas las especialidades).