



## DATOS PERSONALES

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	DNI/NIE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	PROVINCIA DE NACIMIENTO	SEXO (H/M)	TALLA (XS-XXXL)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DOMICILIO ACTUAL (Calle/número/piso)			LOCALIDAD	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
CODIGO POSTAL	TELEFONO 1	TELEFONO 2	E-MAIL	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

## DATOS TUTORES

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE	DNI/NIE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOMBRE Y APELLIDOS DE LA MADRE	DNI/NIE
<input type="text"/>	<input type="text"/>

## DATOS EDUCATIVOS

NIVELES EDUCATIVOS SUPERADOS

CENTRO DONDE HA CURSADO ESTUDIOS

## ESTUDIOS EN LOS QUE SE PREINSCRIBE

- TÉCNICO SUPERIOR EN PRÓTESIS DENTAL
- TÉCNICO SUPERIOR EN HIGIENE BUCODENTAL
- TÉCNICO SUPERIOR EN AUDIOLOGÍA PROTÉSICA

### MODALIDAD

- PRESENCIAL
- SEMIPRESENCIAL

SELLO DEL CENTRO

En Santa Cruz de Tenerife a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Firma del interesado/tutor

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, le informamos que los datos del presente formulario así como los anexados al mismo, necesarios para la cumplimentación de su matrícula, serán incorporados al fichero *ALUMNOS* titularidad de Grupo Dentazul, S.L.U. con la finalidad de llevar la gestión administrativa de los alumnos inscritos en el centro. Asimismo, se le informa de que los datos aportados al centro serán cedidos a la Consejería de Educación del Gobierno de Canarias para la completa formalización y cumplimentación de la documentación necesaria, al C.I.F.P Los Gladiolos para la expedición de su título, a empresas colaboradoras con el Centro para la gestión de las prácticas de los alumnos matriculados, así como a los autónomos externos docentes el centro de Grupo Dentazul, S.L.U.

El alumno puede ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación y/u oposición en cualquier momento, mediante escrito, acompañado de copia de documento oficial que le identifique dirigido a Grupo Dentazul, S.L.U. - Av. Reyes Católicos, Nº 35, Edif. María Cristina, 38005 S/C de Tenerife - S/C de Tenerife. E-mail: [info@grupodentazul.com](mailto:info@grupodentazul.com)

**Los abajo firmantes manifiestan tener conocimiento y dar su conformidad con los apartados dispuestos**

En Santa Cruz de Tenerife a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

*El centro*

*Fdo. El Alumno o su representante*

---

#### **NOTA IMPORTANTE**

---

1. Esta preinscripción no supone ninguna obligación con el Centro de Especialidades Protésico Sanitarias de Canarias Grupo Dentazul, más que la de guardar su plaza en dicho centro.
2. Solamente se admitirá una solicitud de preinscripción por alumno. En el caso de que se presente más de una se rechazarán todas. La falta de datos, o su falsedad, será motivo de anulación de solicitud o la plaza.
3. En ningún caso se admitirán modificaciones ni ampliaciones posteriores a la solicitud inicial hecha por el alumno, respetándose en todo momento el orden de prioridad establecido en la solicitud. Se perderán todos los derechos de adjudicación de plaza si no se formaliza la matrícula en el plazo que se establezca oportunamente.
4. Una vez matriculados, los alumnos recibirán un folleto informativo del RÉGIMEN INTERNO del centro, con sus derechos y obligaciones.
5. Habrá de tener en cuenta que una vez cursada la matrícula, EN CASO DE BAJA O ANULACIÓN DE LA MISMA, NO SE LE REINTEGRARÁ EL IMPORTE ABONADO HASTA LA FECHA. La falta de datos, o su falsedad, será motivo de anulación de solicitud o la plaza.