

CURSO AL QUE SE PREINSCRIBE:                      1<sup>er</sup> CURSO                      2<sup>o</sup> CURSO

ESTUDIOS REALIZADOS/TITULACION: .....

**DATOS DEL ALUMNO:**

- Apellidos: .....
- Nombre: .....
- DNI: .....
- Fecha de nacimiento:.....
- Teléfono de contacto:.....
- Correo electrónico: .....
- Dirección:.....
- Población: .....
- Provincia: ..... Código Postal:.....

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

(Firma solicitante)

**(1) El envío/recepción de esta preinscripción no implica la aceptación para cursar el grado. La Escuela se pondrá en contacto con los admitidos enviando notificación al correo electrónico proporcionado, una vez realizada la selección.**

**Responsable del Tratamiento:** IDCQ Hospitales y Sanidad, S.L. con domicilio social en calle Zurbaran 28, 28010 Madrid. **Datos de contacto DPO:** [DPO@quironsalud.es](mailto:DPO@quironsalud.es). **Finalidad del tratamiento:** gestionar los servicios de administración y coordinación del curso necesarios para su realización, así como mantenerle informado sobre otros cursos que puedan ser de su interés, sobre productos y servicios sanitarios, o sobre los centros de GHQ. **Destinatarios:** en su caso, Departamento Educación GV. **Derechos:** Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad y limitación del tratamiento, como se explica en la información adicional. **Procedencia:** propio interesado. **Información adicional:** <https://www.quironsalud.es/es/politica-proteccion-datos>.