PREINSCRIPCIÓN[1] PARA CURSAR EL TITULO OFICIAL DE GRADO MEDIO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ESCUELA QUIRÓNSALUD BIZKAIA

Eskola / Escuela quirónsalud Bizkaia

HQBZK05.1/F014
V.0

ESTUDIOS REALIZADOS/TITULACION: ……

DATOS DEL ALUMNO:

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

En _____, el ____ 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.* ***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*