

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos: _____
 Fecha de nacimiento: _____ D.N.I.: _____
 Domicilio: _____
 Localidad: _____
 Provincia: _____ C.P.: _____
 Teléfono Fijo: _____ Teléfono Móvil: _____
 Correo electrónico: _____
 Estudios cursados: _____
 En el centro: _____
 REQUISITOS DE ACCESO: () BACHILLERATO () C.O.U. () FPGS () PRUEBA ACCESO
 () OTROS.

DATOS PERSONALES DEL RESPONSABLE PARA EL PAGO DE RESERVA DE PLAZA:

Nombres y apellidos: _____
 Fecha de nacimiento: _____ D.N.I.: _____
 Domicilio: _____
 Localidad: _____
 Provincia: _____ C.P.: _____
 Correo electrónico: _____
 Lugar de trabajo: _____

Sr. Director de la Entidad / Sucursal Bancaria, autorizo a cargar en la cuenta indicada los recibos de CAMPUS DENTAL.

DATOS DEL TITULAR:

Nombre del titular: _____
 DNI: _____ Banco/Caja: _____
 Agencia/Oficina: _____ N° Cuenta (20 dígitos): _____
 Domicilio Entidad: _____
 Población: _____

CLÁUSULAS GENERALES:

El importe satisfecho en concepto de reserva de plaza en ningún caso será devuelto si el motivo de la no matriculación no es imputable a CAMPUS DENTAL excepto en los casos siguientes:

1. Que un Ciclo Formativo no pudiera impartirse en su totalidad o en un determinado turno por no contar con el número suficiente de alumnos. En ese caso, el Centro ofrecerá la posibilidad de matricularse en otro turno o Ciclo. También tendrá la posibilidad de cancelar su matriculación con la consiguiente devolución de las cuotas satisfechas hasta ese momento. CAMPUS DENTAL se compromete a comunicar esta información a la mayor brevedad posible.
2. Que un alumno reserve su plaza antes de superar el bachiller o la prueba de acceso y finalmente no supere dichas pruebas. Para la devolución del importe, tendrá que presentar un certificado de notas de haberse presentado a la realización de las pruebas.

Declaro a todos los efectos que son ciertos los datos aportados y la veracidad de los documentos adjuntos. Asimismo, me comprometo a comunicar cualquier cambio de domicilio o n° de cuenta bancaria mientras no haya finalizado el pago total del Ciclo Formativo. Ambas partes para cualquier discrepancia que hubiera y como lugar de cumplimiento, fijan los juzgados de Málaga para someterse expresamente.

_____, a ____ de ____ de 20__

Firma alumno/tutor/responsable de pago:

Sello y firma