|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE** | | | |
| NOMBRE: | | | |
| 1º APELLIDO: | 2º APELLIDO: | | |
| Nº DNI/TIE/PASAPORTE | FECHA DE NACIMIENTO: | | |
| PAÍS DE NACIMIENTO: | PROVINCIA DE NACIMIENTO: | | |
| LOCALIDAD DE NACIMIENTO: | | | CP: |
| TELÉFONO MÓVIL (Obligatorio): | | TELÉFONO FIJO: | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | | | |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA MATRÍCULA** |
| ESTUDIOS EN LOS QUE SE MATRICULÓ: |
| FECHA EN QUE FORMALIZÓ LA MATRÍCULA QUE SOLICITA MODIFICAF (DD/MM/AAAA): |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ASIGNATURAS QUE DESEA ANULAR DE SU MATRÍCULA** | | |
| **CÓDIGO** | **DENOMINACIÓN OFICIAL DE LA ASIGNATURA** | **ECTS** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ASIGNATURAS QUE DESEA INCORPORAR A SU MATRÍCULA** | | |
| **CÓDIGO** | **DENOMINACIÓN OFICIAL DE LA ASIGNATURA** | **ECTS** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Como norma general, una vez realizada la matrícula para el curso académico, únicamente podrá modificarse en los 30 días naturales siguientes a la fecha de formalización de matrícula. Transcurrido este plazo no se admitirá, salvo en supuestos excepcionales y documentados, modificación de matrícula.

Supuestos: No se autorizarán modificaciones de matrícula que no se ajusten a los siguientes supuestos:

1. Solicitud de cambio de una asignatura por otra de igual o superior número de créditos.
2. Solicitud de anulación de asignaturas hasta un máximo del 25 % del total de ECTS de la matrícula.

Tasas por modificación de matrícula: La modificación de matrícula devenga tasas por cada asignatura modificada (cambio de una asignatura por otra) o anulada, salvo que la modificación esté motivada por causas imputables a la propia Universidad (Ver tasas administrativas por modificación de matrícula)

|  |  |
| --- | --- |
| Los datos personales recogidos en este impreso serán incorporados y tratados, con destino y uso exclusivamente administrativo, académico y para hacerle llegar información sobre las actividades de la Universidad Católica Santa Teresa de Jesús de Ávila y de la Escuela de Enfermería TPCS Clínica Mompía( titularidad de clínica Mompía, S.A) . Además, por medio del presente escrito usted autoriza y queda informado de que sus datos podrán ser cedidos a la Universidad Católica de Ávila (UCAV). Dispone de más información sobre la política de protección de datos personales de la Escuela de Enfermería TPCS Clínica Mompía en <http://www.escuelaclinicamompia.es/proteccion-de-datos/>. https://www.ucavila.es/PoliticaPrivacidad.pdf Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad de los datos en el correo electrónico [protecciondedatos@clinicamompia.com](mailto:protecciondedatos@clinicamompia.com) . Además, si tuviera dudas sobre la protección de sus datos personales, podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en [dpo@clinicamompia.com](mailto:dpo@clinicamompia.com) | En **,** a de de |
|  |
|  |
| Firma del solicitante |

**EXCELENTÍSIMA Y MAGNÍFICA RECTORA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE ÁVILA**