



## SOLICITUD DE MATRICULA

### A RELLENAR POR EL ALUMNO

NOMBRE: \_\_\_\_\_

APELLIDOS: \_\_\_\_\_

FECHA NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

C.P.: \_\_\_\_\_

POBLACION: \_\_\_\_\_

PROVINCIA \_\_\_\_\_

TELEFONO 1: \_\_\_\_\_

TELEFONO 2: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

### A RELLENAR POR EL CENTRO

OFERTA TOTAL



OFERTA MODULAR



OBSERVACIONES:

Autorizo a Maestría Dental S.C, al uso pedagógico de las imágenes y videos en los que aparezca tomados en actividades lectivas publicadas en: página web del centro, filmaciones destinadas a difusión e investigación educativa, fotografías para revistas o publicaciones de ambito educativo, facebook, redes sociales.

En Soto de la Marina a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20--.

Firmado

\_\_\_\_\_