

Información del estudiante

Nombre _____

Apellidos _____

DNI/Pasaporte _____

Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad o estado y código postal _____

País _____

Teléfono de Contacto _____

Correo electrónico _____

Curso en que se Inscribe _____

Titulación _____

Centro de Trabajo (si procede) _____

Los datos recogidos en este formulario serán tratados de acuerdo a lo establecido en el Reglamento General de Protección de Datos, Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril del 2016 (RGPD) y a la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, aprobada el 5 de diciembre de 2018 (LOPD y GDD) serán tratados bajo la responsabilidad de Oftalmología Orduna S.A., con la finalidad de realizar la matriculación en el curso así como mantenerle informado sobre la oferta académica de Orduna e-Learning y las actividades organizadas por la misma, y conservarlos durante el tiempo necesario para mantener el fin del tratamiento y en relación a la remisión de comunicaciones comerciales y divulgativas los datos se mantendrán mientras la persona no solicite su supresión. No se comunicarán los datos a terceros, salvo obligación legal. Asimismo, se informa que puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y los de limitación y oposición a su tratamiento dirigiéndose a C/ General Martínez Campos, 11, 6 Izq - 28010 Madrid. Email: clinica@oftalmologiaorduna.com. Si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente, podrá presentar una reclamación ante la autoridad de control en www.aepd.es.

En _____ a _____ de _____ del 202__

Firma del Alumno: