

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN ROBÓTICA COLABORATIVA

FAMILIA PROFESIONAL DE ELECTRICIDAD Y ELECTRÓNICA.

Curso Académico 20...../ 20.....

Expediente: _____

Fecha de Matricula: _____

ALUMNO:

NOMBRE _____ 1º APELLIDO _____ 2º APELLIDO _____

D.N.I. _____ FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO _____ / _____

DIRECCIÓN: _____ Nº _____ PISO _____

LOCALIDAD _____ CP _____ PROVINCIA _____

TFNO. MÓVIL: _____ EMAIL (Outlook/Gmail/Yahoo) _____

¿Familia numerosa? SI NO N.º Libro de Familia y Fecha de validez: _____

DATOS ACADÉMICOS:

¿Se matricula por 1ª vez en este centro? : SI NO

¿Trabaja actualmente? : SI NO

¿Paga seguro escolar? (sólo menores de 28 años) : SI NO

RESERVA DE PLAZA:	DISCAPACIDAD	DEPORTISTA DE ALTO RENDIMIENTO	
TITULACIÓN DE ACCESO AL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN:	Técnico Superior en Sistemas Electrotécnic. y Automatizados	Técnico Superior en Telecomunicaciones e Informática	Técnico Superior en Mecatrónica Industrial
	Técnico Superior en Mantenimiento Eléctrico	Técnico Superior en Automatización y Robótica Industrial	Técnico Superior en Electromedicina Clínica

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN ROBÓTICA COLABORATIVA

MÓDULO PROFESIONAL	HORAS TOTALES
Robótica colaborativa	40
Configuración y programación	90
Robots móviles autónomos	40
Seguridad y mantenimiento	30

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO DE IMÁGENES Y VOZ DE ALUMNOS EN CENTROS DE TITULARIDAD PÚBLICA

ALUMNO: D./D^a con D.N.I. /N.I.E....., alumno/a del IES Asturica Augusta en su propio nombre,

CONSIENTE

NO CONSIENTE

Al centro IES Asturica Augusta el tratamiento de la imagen/voz de su hijo/a o de mi imagen/voz (si el alumno tiene 14 años o más), especialmente mediante fotografías o vídeos, con la finalidad de difundir las actividades del centro, en los siguientes medios:

(Se entenderá que **consiente/n** la difusión de imágenes/voz por los medios expresamente **marcados** a continuación)

REVISTA ESCOLAR

PLATAFORMAS DIGITALES

ORLAS

PRENSA ESCRITA / DIGITAL

REDES SOCIALES

INFORMACIÓN SOBRE ALERGIAS

Indique a continuación, en caso de padecer algún tipo de alergias, a qué agentes es alérgico, y asimismo, indique si cuenta con informe médico al respecto y si necesita la administración de adrenalina.

ALIMENTICIAS

AMBIENTALES

ANIMALES

INFORME MÉDICO

MEDICAMENTOS

MATERIALES

OTRAS (ESPECIFIQUE):

ADRENALINA

DECLARACIONES, AUTORIZACIONES Y FIRMAS

Los firmantes MANIFIESTAN SU CONFORMIDAD con el centro docente adjudicado en el proceso de admisión y conocen y aceptan su proyecto educativo.

Asimismo, DECLARAN bajo su responsabilidad la veracidad de los datos recogidos en este formulario.

Por la firma del presente documento se AUTORIZA a la Consejería de Educación a almacenar y codificar la información aportada en un fichero automatizado de datos de carácter personal destinado al mantenimiento de la información necesaria para la gestión administrativa y académica, pudiendo ser utilizado por las administraciones educativas en el ámbito de sus competencias así como en otros procedimientos administrativos en los que fueran requeridos, de conformidad con lo establecido en el artículo 6.2.b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos y en los artículos 11.1 y 41.2 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Es posible ejercitar gratuitamente los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a la Dirección General de Política Educativa Escolar.

En _____, a ____ de _____ de 20

Fdo.- _____

(Alumno/a.
Nombre, apellidos y firma)

Escanear o hacer fotografía y remitir este formulario y el resto de la documentación al correo

esdeastorgamaticu.cursoesp.ele@gmail.com

Indicar en el asunto del correo el nombre del alumno y curso en el que se matricula.