|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LOGO NOMBRE ENTERO HORIZ** | **PROGRAMA DE ESTUDIOS PROPIOS**  **UCAV-ESCUELA DE POSTGRADO ODONTOLÓGICO** (1)  **MÁSTER EN CIRUGÍA ORAL, IMPLANTOLOGÍA Y PERIODONCIA**  (Título Propio) | Por favor, Inserte su fotografía aquí |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CURSO ACADÉMICO PARA EL QUE REALIZA LA MATRÍCULA** | | | | Pulse aquí para escribir. | |
| **DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE** (Por favor, escriba en mayúsculas) | | | | | |
| NOMBRE:Pulse aquí para escribir. | | | | | |
| 1º APELLIDO: Pulse aquí para escribir. | | 2º APELLIDO: Pulse aquí para escribir. | | | |
| TIPO DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN PERSONAL: Pulse aquí para escribir. | | | Nº IDENTIFICACIÓN: Pulse aquí para escribir. | | |
| DOMICILIO DURANTE EL CURSO:Pulse aquí para escribir. | | | | | |
| LOCALIDAD:Pulse aquí para escribir. | PROVINCIA:Pulse aquí para escribir. | | | | CP:Pulse aquí para escribir. |
| TELÉFONO MÓVIL (Obligatorio):Pulse aquí para escribir. | | TELÉFONO FIJO:Pulse aquí para escribir. | | | |
| CORREO ELECTRÓNICO (Obligatorio):Pulse aquí para escribir. | | | | | |

**\* Información sobre Protección de Datos Personales**

1. De conformidad con lo previsto en el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y demás normativa complementaria, le informamos de que los datos personales por Ud. suministrados en todos y cada uno de los documentos que forman parte del impreso de matrícula serán incorporados a un fichero y tratados por la Universidad Católica Santa Teresa de Jesús de Ávila (UCAV), con CIF R-0500336-C, domicilio en Ávila, c/ Canteros s/n, 05005, y dominio [www.ucavila.es](http://www.ucavila.es) y por la Escuela de Posgrado Odontológico, S.L. (en adelante, ODONTOMÁSTER) con CIF: B-73546327, y domicilio en C/ Isabel la Católica nº 8, bajo, 30880, Águilas (Murcia) y dominio [www.odontomaster.es](http://www.odontomaster.es), en su condición de entidades colaboradoras en la impartición del curso objeto de matriculación.
2. La finalidad de la recogida y tratamiento de los datos personales que Ud. nos suministra es la organización de la docencia y el estudio, así como el ejercicio de las demás funciones propias del servicio de la Educación Superior, reguladas en la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades, en las Normas de Organización y Funcionamiento de la UCAV y en la normativa propia de ODONTOMÁSTER. Por ello tales datos serán empleados por los órganos, servicios y unidades de la UCAV y de ODONTOMÁSTER para cuantas necesidades se deriven de la gestión académica y docente relacionadas con Ud. y su expediente, lo que incluye su matriculación/inscripción en los estudios, gestión administrativa y académica de su expediente, confección de actas de calificación, publicidad de dichas calificaciones, confección de certificaciones personales, expedición de títulos y complementos al título, y oferta y prestaciones de servicios académicos, de biblioteca, transporte, gestión de prácticas en empresas e instituciones, gestión de ofertas de empleo, gestión de servicios académicos y docentes a través de la web, correo electrónico institucional, acceso a servicios telemáticos, así como para la realización de evaluaciones, estudios de seguimiento y encuestas relativas a los servicios académicos prestados.

Asimismo, ponemos en su conocimiento que sus datos personales podrán ser utilizados para la remisión de información, por distintos medios, sobre las actividades, servicios y cursos organizados por la UCAV y/o ODONTOMÁSTER.

1. Los datos personales que se solicitan en este impreso de matrícula tienen el carácter de obligatorios. La negativa a suministrarlos impedirá la realización y organización de la gestión administrativa y académica de sus estudios y la prestación por la UCAV y ODONTOMÁSTER. de los servicios a ellos ligados.

Los datos por Ud. suministrados no se comunicarán ni cederán a terceros salvo en los siguientes supuestos:

* 1. Cuando se domicilie el pago del importe de la matrícula que Ud. ha de abonar, se comunicarán a las entidades bancarias los datos estrictamente necesarios para que el pago pueda hacerse efectivo.
  2. En los casos en que legalmente proceda, a las Administraciones Públicas u otros.
  3. A las personas físicas o jurídicas a las cuales Ud. autorice su cesión
  4. A las empresas en las cuales Ud. realice prácticas u otras tareas formativas

1. Los datos que Ud. suministra se conservarán:
   1. En cuanto a los datos sobre sus estudios, indefinidamente
   2. En cuanto a los pagos por Ud. efectuados, durante el tiempo legalmente fijado en la normativa civil y tributaria de aplicación.
   3. En cuanto a los datos necesarios para el envío de información sobre actividades, servicios y cursos organizados por la UCAV y/o ODONTOMÁSTER, mientras Ud. tenga la condición de estudiante de la UCAV y/o de ODONTOMÁSTER, y, una vez finalizados sus estudios, hasta que no nos indique lo contrario.
2. Ud. podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad en relación con sus datos personales y oposición ante la UCAV, a través de su Secretaría General, calle Canteros S/N Ávila, correo electrónico: [protección.datos@ucavila.es](mailto:protección.datos@ucavila.es), disponiendo de los oportunos formularios e instrucciones en la página web www.ucavila.es, en la pestaña correspondiente a [INSTANCIAS/IMPRESOS](https://www.ucavila.es/instanciasimpresos/) y ante ODONTOMÁSTER a través del correo electrónico: [info@odontomaster.es](mailto:info@odontomaster.es)

Más información sobre nuestras políticas de protección de datos personales en: [https://www.ucavila.es/PoliticaPrivacidad.pdf](https://www.ucavila.es/PoliticaPrivacidad.pdf%20) y <https://www.odontomaster.es/politicaprivacidad.php>

|  |  |
| --- | --- |
| **IMPORTANTE:**  **ES OBLIGATORIA LA FIRMA DE LA**  **MATRÍCULA EN TODAS SUS PÁGINAS** | Leído y conforme,    Firma del estudiante (inserte firma electrónica o digitalizada) |
| **Fecha** Pulse aquí y seleccione fecha. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LOGO NOMBRE ENTERO HORIZ** |  | **PROGRAMA DE ESTUDIOS PROPIOS**  **UCAV-ESCUELA DE POSTGRADO ODONTOLÓGICO** (1)  **MÁSTER EN CIRUGÍA ORAL,**  **IMPLANTOLOGÍA Y PERIODONCIA** (Título Propio) |

|  |  |
| --- | --- |
| **ASIGNATURAS DE LA MATRÍCULA DEL CURSO ACADÉMICO**  Por favor, marque con una cruz las asignaturas de las que se matricula e inserte el código de las optativas que desea cursar | Pulse aquí y escriba curso académico. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CODIGO** | | | **DENOMINACIÓN OFICIAL DE LA ASIGNATURA** | | **CRÉDITOS ECTS** |
| **1** |  | 101MOC | CIRUGÍA ORAL BÁSICA | | 5 |
| **2** |  | 102MOC | METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN | | 5 |
| **3** |  | 103MOC | IMPLANTOLOGÍA BÁSICA I y II | | 5 |
| **4** |  | 104MOC | PERIODONCIA I y II | | 5 |
| **5** |  | 105MOC | TÉCNICAS EN IMPLANTOLOGÍA AVANZADA I,II,III y IV | | 10 |
| **6** |  | 106MOC | PRÓTESIS SOBRE IMPLANTES I y II | | 5 |
| **7** |  | 107MOC | DESARROLLO DE CASOS CLÍNICOS PRÁCTICOS | | 20 |
| **8** |  | 108MOC | ESTÉTICA EN LA ZONA PERIBUCAL | | 2 |
| **9** |  | 109MOC | TRABAJO FIN DE MASTER (TFM) | | 3 |
| **Nº TOTAL CRÉDITOS DE LA MATRÍCULA** | | | | Pulse aquí para escribir. | |
| **IMPORTE TOTAL DE LA MATRÍCULA** | | | | Pulse aquí para escribir. € | |

|  |  |
| --- | --- |
| **IMPORTANTE:**  **ES OBLIGATORIA LA FIRMA DE LA**  **MATRÍCULA EN TODAS SUS PÁGINAS** | Leído y conforme,    Firma del estudiante (inserte firma electrónica o digitalizada) |
| **Fecha** Pulse aquí y seleccione fecha. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LOGO NOMBRE ENTERO HORIZ** |  | **PROGRAMA DE ESTUDIOS PROPIOS**  **UCAV-ESCUELA DE POSTGRADO ODONTOLÓGICO** (1)  **MÁSTER EN CIRUGÍA ORAL,**  **IMPLANTOLOGÍA Y PERIODONCIA** (Título Propio) |

|  |
| --- |
| **CANTIDAD FINAL A ABONAR:**  Pulse aquí para escribir. **€** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SOLICITUD DE CONDICIONES PARA EL PAGO DE MATRÍCULA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Por favor, marque la forma de pago que desea:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PAGO FRACCIONADO EN 6 plazos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PAGO FRACCIONADO EN 3 plazos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PAGO FRACCIONADO EN 9 plazos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DATOS DEL TITULAR DE LA CUENTA DE CARGO. Todos los campos han de cumplimentarse obligatoriamente.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DNI/CIF del titular/es de la cuenta de cargo: Pulse aquí para escribir. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Particular  Empresa (2) | | | | | | | | | | | |
| Nombre del titular/es de la cuenta de cargo: Pulse aquí para escribir. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección del titular: Pulse aquí para escribir. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Población: Pulse aquí para escribir. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Código postal: Pulse aquí para escribir. | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: Pulse aquí para escribir. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | País del titular: Pulse aquí para escribir. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CÓDIGO IBAN**: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| El código IBAN (Internacional Bank Account Number), es el número de identificación internacional para las cuentas bancarias, normalizado por el [Comité Europeo de Normalización Básica](http://www.cen.eu/cen/pages/default.aspx) a través de las normas ISO13616 y EBS204.  Por favor, cumplimente las casillas empezando por la primera posición y detalle la cuenta IBAN en la que desea se giren los cargos bancarios. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CÓDIGO BIC**: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| El código BIC completa la información proporcionada por el IBAN. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ACEPTACIÓN DE LA MATRÍCULA Y DE LA FORMA DE PAGO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Firma del Estudiante  (inserte firma electrónica o digitalizada) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Firma del Titular de la Cuenta de Cargo  (inserte firma electrónica o digitalizada) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha**:** Pulse aquí y seleccione fecha. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha**:** Pulse aquí y seleccione fecha. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el titular de la cuenta de cargo autoriza a la Universidad Católica de Ávila a enviar instrucciones a la entidad bancaria en la que tiene cuenta abierta el titular para efectuar los adeudos en tal cuenta conforme a las condiciones convenidas con la Universidad y a las indicaciones dadas por ella a la entidad bancaria. Como parte de sus derechos, el titular está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.  De conformidad con la normativa vigente en materia de protección de datos personales, le informamos de que los datos que se facilitan en el presente impreso del titular o titulares de la cuenta bancaria en la que se domiciliarán los recibos de la matrícula y que no sean los del estudiante serán incorporados a un fichero de la UCAV y de ODONTOMÁSTER, tratados y comunicados a la entidad bancaria que corresponda con el fin de poder hacer efectivos los pagos autorizados. Para más información sobre la política de protección de datos personales de la UCAV y de ODONTOMÁSTER, véase la página 1 del presente impreso de matrícula. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LOGO NOMBRE ENTERO HORIZ** |  | **PROGRAMA DE ESTUDIOS PROPIOS**  **UCAV-ESCUELA DE POSTGRADO ODONTOLÓGICO** (1)  **MÁSTER EN CIRUGÍA ORAL,**  **IMPLANTOLOGÍA Y PERIODONCIA** (Título Propio) |

**NOTAS ACLARATORIAS:**

1. Estudios Propios: Los títulos propios se rigen por sus normativas específicas. En lo no regulado en ellas, se aplicará la normativa aplicable e los títulos oficiales. Toda admisión en títulos propios de la Universidad Católica de Ávila queda condicionada a: 1) La veracidad de los datos y documentos aportados por el estudiante, 2) Al cumplimiento de los requisitos académicos de admisión y 3) A la disponibilidad de plazas en el título propio solicitado a fecha de formalización de la matrícula.
2. Pago de matrícula por terceros: Si los pagos de la matrícula se efectúan con cargo a la cuenta de una empresa o de una entidad jurídica, es necesario aportar una autorización firmada por la propia empresa o entidad jurídica (impreso A-E) para que la UCAV pueda hacer en la cuenta designada los cargos oportunos.

**DOCUMENTOS QUE DEBE APORTAR CON LA PRESENTE MATRÍCULA**

1. **Documento de Identificación Personal del Estudiante**

* Estudiantes españoles: deben presentar copia compulsada por un centro o institución oficial del Documento Nacional de Identidad vigente en el momento de formalizar la solicitud de admisión.
* Estudiantes extranjeros: deben presentar copia compulsada por un centro o institución oficial del Pasaporte, Número de Identificación de Extranjeros, Tarjeta de Residencia, Cédula o Carta de Identidad o Número Identificativo de la U.E. Estos documentos deberán estar vigentes en el momento de formalizar la solicitud de admisión.

1. **Documentación de acceso al Máster** 
   1. Copia compulsada del título oficial de Grado o equivalente en Odontología o Medicina con especialidad en Estomatología.
   2. copia compulsada del expediente académico correspondiente al título de acceso.
   3. Copia compulsada de un Seguro de Responsabilidad Civil.
   4. Copia compulsada del carnet de colegiado en un Colegio Oficial de Médicos.
2. **Documento de autorización de uso y explotación de derechos de imagen** (DI-PI/ODM).
3. **Documento de autorización de la empresa, en los casos en que proceda** (Impreso A-E).
4. **Documento acreditativo del pago de la RESERVA DE PLAZA**

El estudiante debe aportar documento que acredite el pago de 1.500 € en concepto de reserva de plaza. Esta cantidad, que en ningún caso será objeto de devolución, será deducida del importe final de la matrícula.

**Entidad Bancaria para el ingreso de reserva de plaza, matrículas, certificados y títulos:**

Los ingresos se realizarán en la cuenta bancaria que se especifica más abajo. Se ruega, por favor al estudiante, que cuando efectúe algún ingreso detalle el nombre del estudiante y el concepto por el que se realiza el ingreso.

|  |
| --- |
| **IBAN:** ES04 0049 2303 9726 1425 4279 |
| **SWIFT:** BSCHESMM |

|  |  |
| --- | --- |
| **IMPORTANTE:**  **ES OBLIGATORIA LA FIRMA DE LA**  **MATRÍCULA EN TODAS SUS PÁGINAS** | Leído y conforme,    Firma del estudiante (inserte firma electrónica o digitalizada) |
| **Fecha** Pulse aquí y seleccione fecha. |