

**SOLICITUD DE MATRÍCULA EN EL CONSERVATORIO PROFESIONAL DE MÚSICA
"PABLO SOROZÁBAL" DE PUERTOLLANO (CIUDAD REAL)**
AÑO ACADÉMICO 20__ - 20__

DATOS DEL ALUMNADO

Nombre	Apellidos	NIF
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)		Localidad Nacimiento
Domicilio	Teléfono:	
	Correo @:	
Localidad	Provincia	Código Postal

Rellenar sólo en caso de menores de 18 años

Padre _____	NIF _____
Correo @: _____	Tfno _____
Madre _____	NIF _____
Correo @: _____	Tfno _____

DATOS ACADÉMICOS

CURSO	1º <input type="checkbox"/>	2º <input type="checkbox"/>	3º <input type="checkbox"/>	4º <input type="checkbox"/>	5º <input type="checkbox"/>	6º <input type="checkbox"/>
GRADO	Elemental <input type="checkbox"/>		Profesional <input type="checkbox"/>			

ESPECIALIDADES

CANTO <input type="checkbox"/>	CONTRABAJO <input type="checkbox"/>	FLAUTA TRAVESERA <input type="checkbox"/>	INSTR. PÚA <input type="checkbox"/>	PIANO <input type="checkbox"/>	TROMPA <input type="checkbox"/>	VIOLA <input type="checkbox"/>
CLARINETE <input type="checkbox"/>	FAGOT <input type="checkbox"/>	GUITARRA <input type="checkbox"/>	OBOE <input type="checkbox"/>	SAXOFÓN <input type="checkbox"/>	TROMPETA <input type="checkbox"/>	VIOLÍN <input type="checkbox"/>
CLAVE <input type="checkbox"/>	FLAUTA PICO <input type="checkbox"/>	GUITARRA FLAMENCA <input type="checkbox"/>	PERCUSIÓN <input type="checkbox"/>	TROMBÓN <input type="checkbox"/>	TUBA <input type="checkbox"/>	VIOLONCELLO <input type="checkbox"/>

ASIGNATURAS

L. Musical <input type="checkbox"/>	Agrupaciones Musicales <input type="checkbox"/>	Bajo Continuo <input type="checkbox"/>	Cursos 5º y 6º	
Coro <input type="checkbox"/>	Instrumento Complementario <input type="checkbox"/>	Música de Cámara <input type="checkbox"/>		Fundam. Composición <input type="checkbox"/>
Armonía <input type="checkbox"/>	Repertorio Acompañado <input type="checkbox"/>	Historia de la Música <input type="checkbox"/>		Improvisación <input type="checkbox"/>
Análisis <input type="checkbox"/>	Idioma aplicado al Canto <input type="checkbox"/>	Acompañamiento <input type="checkbox"/>		Informática Musical <input type="checkbox"/>
Orquesta <input type="checkbox"/>	Banda <input type="checkbox"/>	Conjunto <input type="checkbox"/>		Didáctica <input type="checkbox"/>

ASIGNATURAS PENDIENTES: Curso: _____ Asignatura(s) _____.

LIQUIDACIÓN

<input type="checkbox"/> FAMILIA NUMEROSA <input type="checkbox"/> SOLICITANTE DE BECA <input type="checkbox"/> PAGO FRACCIONADO	Servicios Administrativos: (No Fraccionable) Apertura de expediente: _____ euros Servicios generales: _____ euros	Servicios Académicos: Curso Completo: _____ euros Asignaturas pendientes: _____ euros
--	--	--

TOTAL LIQUIDACIÓN: _____ euros

El importe total de esta Liquidación se abonará en el modelo 046, de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

Firma del solicitante

SELLO DEL CENTRO

CONSENTIMIENTO PARA A GRABACIÓN, EL USO Y LA DIFUSIÓN DE IMÁGENES DEL ALUMNADO

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS	
Tratamiento	Grabación publicación de imágenes de la comunidad educativa.
Finalidad	Promoción de actividades y servicios del centro y de la Consejería de Educación, Cultura y Deportes.
Responsable	CONSERVATORIO PROFESIONAL DE MÚSICA PABLO SOROZÁBAL
Legitimación	Consentimiento del interesado.
Destinatarios	No existe cesión de datos
Derechos	Puede acceder, rectificar o suprimir los datos, así como su limitación, oposición y portabilidad en los términos establecidos en los artículos 15 al 22 del Reglamento (UE) 2016/679 general de protección de datos.
Información adicional	https://rat.castillalamanha.es/ También puede solicitarla en las direcciones de correo electrónico protecciondatos@jccm.es o protecciondedatos.educacion@jccm.es
SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO	
D./Dña. _____ , con DNI _____ , madre/padre del alumno _____ (sólo nombre del alumno, si éste es mayor de edad).	
<input type="checkbox"/> Consiento que mis datos personales de imagen y voz sean tratados conforme a las características del tratamiento previamente descrito y autorizo expresamente su grabación, así como su posible publicidad o difusión en los medios previstos en el tratamiento.	
Puede retirar este consentimiento en cualquier momento.	
En Puertollano, a _____ de _____ de 20 ____	
Firma	