**IMPRESO DE RECOGIDA DE DATOS PARA ESTUDIOS DE EGRESADOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nº D.N.I./N.I.E. | APELLIDOS Y NOMBRE (en mayúscula) | |
|  |  | |
| TITULACIÓN | | |
|  | | |
| CURSO ACADÉMICO DE FINALIZACIÓN DE LOS ESTUDIOS | | |
|  | | |
| EMAIL | | TELÉFONO MÓVIL |
|  | |  |

Santander, …………………….. de ……………………………… de ………

(Firma del alumno/a)

1. Los datos que se recogen se incorporarán al fichero “Alumnos y Títulos” de esta Universidad, cuya finalidad consta en las notas informativas ofrecidas en el proceso de su matrícula de cada curso. En particular, estos datos actualizados por Ud. mediante el presente impreso, se utilizarán para la realización de estudios y estadísticas a los egresados de las titulaciones impartidas en la Facultad de Medicina, así como cualesquiera otros de carácter general de acuerdo con las finalidades referidas, dentro de las funciones de la Universidad de Cantabria.
2. Los derechos de acceso, rectificación y cancelación podrán ejercitarse mediante solicitud escrita acompañada de DNI u otro documento válido, dirigida al responsable del fichero, Gerente de la Universidad de Cantabria, Pabellón de Gobierno, Avda. de los Castros, s/n 39005 Santander, a través de su Registro General o por correo. En dicha solicitud deberá indicarse la dirección y datos identificativos, la petición concreta así como los documentos acreditativos que la fundamenten, según el caso, fecha y firma.