

**UíllVl:RSIDAD DI: CASTlllA-lA mAnCHA**

D./Dña D.N.I nº ,

matriculado/a en los estudios de y domiciliado en la

C/ , nº

, portal

piso \_,

e.Postal localidad, \_

provincia teléfono: \_

**EXPONE:**

**S OLICITA:**

**Que teniendo en cuenta lo anterior y previos los informes que se consideren necesarios conceda:**

De acuerdo con lo dispuesto en la ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos pasan a formar parte del fichero de la Universidad, cuya finalidad es tramitar el asunto objeto de su solicitud, y podrían ser cedidos de acuerdo con las leyes vigentes.

Asimismo, le comunicamos que puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos remitiendo un escrito al Director Académico de Seguridad de Sistemas Informáticos de la Universidad de Castilla-la Mancha, calle Altagracia, número 50, 13071 Ciudad Real, adjuntando copia de documento que acredite su identidad.

a

de de 20\_\_

*(firma)*

