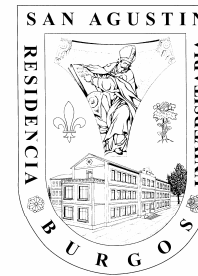


RESIDENCIA UNIVERSITARIA
"SAN AGUSTÍN"



C/ Madrid, 22
09001 BURGOS

TELF. 947200283
FAX. 947208444
e-mail: direccion@rusanagustin.com
admisiones@rusanagustin.com
www.rusanagustin.com

Núm. Habitación
I / D
A / N
(A RELLENAR POR LA RESIDENCIA)

FOTOGRAFÍA

SOLICITUD DE INGRESO

Apellidos/Nombre

Nacido/a en Provincia de

Hijo/a de D. Profesión

y de D^a. Profesión

con D. N. I. nacido/a el día de de y con domicilio familiar (1) en
Calle/Plaza n° piso C.P.

Población Provincia

Telf. Móvil Estudiante Móvil padres E-mail

dispuesto/a a matricularse en la carrera universitaria de Curso en la
Escuela/Facultad de con la Dirección

¿Se matricula de curso completo? SÍ / NO Está incluido en la S.S de su padre/madre: (2)

SOLICITA: Habitación doble
 Habitación individual



**Según la Ley 28/2005 del 26 de diciembre, queda totalmente
prohibido fumar en todas las dependencias del Centro.**

En caso de ser estudiante antiguo en la Residencia:

Año en el que entró en la Residencia

Nº de habitación que ocupaba el curso pasado

Nº de habitación que solicita este curso: 1ª preferente 2ª preferente
 3ª preferente 4ª preferente

Nombre del compañero/a con el/la que desea compartir habitación este curso

..... y año en el que éste/a entró en la Residencia

SOLICITA: Ser admitido/a en esta Residencia Universitaria para lo que pido la reserva de plaza que ocuparé durante
el curso académico.....

Enterado/a y conforme acepta el **contenido de esta solicitud, del escrito de condiciones económicas y del
Reglamento de Régimen Interno** de esta Residencia.

....., a de de

Padre/Madre o representante legal

El/la interesado/a

Centro de Estudios de donde procede

Calificaciones obtenidas en el último curso (Adjuntar original con sello. Será devuelto posteriormente al estudiante)

Deportes que practica:

.....

¿Habla alguna lengua extranjera? Nivel

..... Nivel

¿Toca algún instrumento musical?

¿Requiere algún tratamiento médico?

Número de hermanos/as y edad de cada uno de ellos/as

Señala los estudios y actividades que consideras necesarios para tu formación complementaria. Gustos y aficiones preferidas .Participación en actividades culturales en años anteriores y en cuáles podrías participar durante tu estancia en la Residencia.

.....

.....

BANCO

O

CAJA DE AHORROS

LOCALIDAD PROVINCIA

(3) N° de Banco o Caja de Ahorros

(4) N° de Agencia (5) DC

(6) N° de Cuenta

Firma

D.N.I. del titular

Nombre y apellidos

Titular de la cuenta

Es imprescindible presentar fotocopia del DNI del titular de la cuenta al formalizar la Solicitud de Ingreso

(1) Si la dirección a la que debe comunicar el resultado de la resolución es distinta de la familiar, indíquese por favor.

(2) Conteste sí / no. Si tiene otro tipo de seguro que pueda utilizar en Burgos, especifique por favor.

(3) Cuatro primeros dígitos de la cuenta.

(4) Cuatro siguientes números de la cuenta.

(5) Dos dígitos de control.

(6) Son 10 dígitos los componentes del n° de cuenta.

INFORMACIÓN SOBRE LOS REGRESOS NOCTURNOS DEL/DE LA RESIDENTE

Don/Doña padre/madre del/de la residente

..... solicita información detallada de los regresos nocturnos de su hijo/a

durante el presente curso académico.

Fdo.:

Se informa expresamente de que los datos de carácter personal recogidos en este documento se incorporan a una base de datos cuyo tratamiento se ajusta a lo establecido en la Ley 15/1999 de protección de datos de carácter personal