



D/D^a _____
con D.N.I. n° _____
Domicilio en C/. _____
LOCALIDAD _____ PROVINCIA _____
C.P. _____ TELEFONO _____
TITULACION QUE CURSA _____
CURSO _____ GRUPO _____
E-MAIL _____

EXPONE

QUE: _____

SOLICITA

RELACION DE DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN:

Sevilla, a ____ de _____ de 201
FIRMA,

UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE

A/A _____

De conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos identificativos que nos facilite para dar curso a su solicitud serán incluidos en un fichero de REGISTRO DE ENTRADA - SALIDA titularidad de la Universidad Pablo de Olavide, con la finalidad de realizar la gestión del registro de entrada / salida. Así mismo le informamos que el documento del que se proceda a registrar su entrada será distribuido entre las áreas de la Universidad con competencia para la atención de su solicitud.

Podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose al Registro General de la Universidad Pablo de Olavide en la dirección Carretera de Utrera, Km.1, 41013 Sevilla, Edificio, José Celestino Mutis, planta baja, Despacho 18.B.08 solicitando los formularios disponibles al efecto.