

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN A ESCUELA DE VERANO EN ESPAÑA 2025

MATRICULA:

**NOTA IMPORTANTE.** Escriba sus datos con letra legible, utilizando mayúsculas, minúsculas, acentos y sin abreviaturas.

### DATOS PERSONALES

Nombre completo: \_\_\_\_\_  
Apellido Paterno                      Apellido Materno                      Nombre (s)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

No. Pasaporte: \_\_\_\_\_

### DATOS ACADÉMICOS

Último grado de estudios: \_\_\_\_\_ Nombre del grado: \_\_\_\_\_

Instituto o Universidad donde cursó: \_\_\_\_\_

Cuenta con título:    SI ( )    No ( )

### DATOS LABORALES

Institución de procedencia: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Teléfono de oficina: \_\_\_\_\_ Extensión: \_\_\_\_\_

### CURSO DE SU INTERÉS

Tecnología e Inteligencia Artificial en la práctica jurídica ( )

Compliance penal y gestión de riesgos corporativos globales ( )

Liderazgo adaptativo y transformación. Estrategias para diseñar el futuro ( )

Desafíos globales del lavado de dinero: Estrategias clave y soluciones prácticas Europa y América Latina ( )

### ESTADO DE SALUD

¿Sufres de alguna enfermedad crónica?: SI ( ) No ( )

En caso de que tu respuesta sea afirmativa mencionar: \_\_\_\_\_

¿Tienes alguna alergia? SI ( ) No ( )

En caso de que tu respuesta sea afirmativa mencionar: \_\_\_\_\_

Tipo de sangre: \_\_\_\_\_ Cuentas con Seguro Médico Internacional: SI ( ) No ( )

En caso de contar con seguro médico mencionar: \_\_\_\_\_

### DATOS DE CONTACTO

En caso de emergencia contactar a: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Número de emergencia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA.

#### Política de Privacidad

De conformidad con lo establecido en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares de México, el Instituto José Ortega – Marañón Capítulo México, A.C., persona moral que opera bajo la marca comercial “Instituto Universitario de Investigación Ortega y Gasset” – Capítulo México, declara ser el responsable del tratamiento de los datos personales que se obtengan a través de este medio. Asimismo, hace de su conocimiento que los datos personales se recabarán con la finalidad de ofrecer servicios educativos y culturales, responder a solicitudes de información, facilitar contactos posteriores o de seguimiento a los mismos y enviar publicidad e información relacionada con las actividades del Instituto. En los términos de la ley usted tiene facultad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto de sus datos personales, enviando un correo electrónico a la dirección: [comfognm@fogm.es](mailto:comfognm@fogm.es)

## DATOS BANCARIOS PARA DEPÓSITO / TRANSFERENCIA

**Banco: Santander**

No. de cuenta: 65505857978

Clabe: 014180655058579789

Nombre: Instituto Jose Ortega Marañón Capitulo Mexico Ac



**Banco: Inbursa**

No. de cuenta: 50046394697

Clabe: 036180500463946975

Nombre: Instituto Jose Ortega-Marañón, Capitulo Mexico A.C



México