

1



Descargar este documento PDF en tu ordenador antes de empezar a rellenar el formulario.

2



Una vez descargado el documento en tu ordenador, rellena todo el formulario y guárdalo.

3

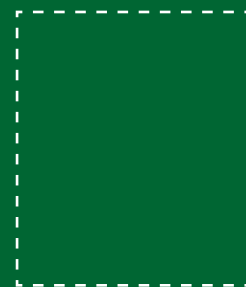


Imprime y envía el documento junto con la documentación correspondiente siguiendo las instrucciones que se indican más adelante.



SOLICITUD DE ADMISIÓN

EXPEDIENTE Nº



Nombre y Apellidos:

PROCESO DE ADMISIÓN

A la presente Solicitud de Admisión se adjuntarán:

- Certificación Académica
- Curriculum Vitae
- Fotografía tamaño carnet
- Honorarios de preinscripción:
 - Justificante de Transferencia al nº de cuenta (1) ó (2)
 - Cheque
 - Metálico

Una vez formalizada la Solicitud de Admisión para el Programa Máster elegido, se iniciará el Proceso de Admisión que incluye la realización de:

- Cuestionario CESIF.
- Prueba de Nivel de Idioma on-line.
- Realización de Tests on-line:
 - Personalidad.
 - Competencias Profesionales.
- Entrevista de Admisión.

SOLICITUD DE ADMISIÓN PARA

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| · Máster en Industria Alimentaria ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Madrid | <input type="checkbox"/> Barcelona |
| · Máster en Cosmética y Dermofarmacia ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Madrid | <input type="checkbox"/> Barcelona |
| · Máster en Industria Química ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Madrid | |
| · Máster en Biotecnología de la Salud ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Madrid | <input type="checkbox"/> Barcelona |
| · Máster en Industria Farmacéutica y Parafarmacéutica ⁽²⁾ | <input type="checkbox"/> Madrid | <input type="checkbox"/> Barcelona |
| · Máster en Dirección Comercial y Marketing de Industrias Farmacéuticas y Afines ⁽²⁾ | | |
| - International Management | <input type="checkbox"/> Madrid | <input type="checkbox"/> Barcelona |
| - Executive Management | <input type="checkbox"/> Madrid | <input type="checkbox"/> Barcelona |
| · Máster en Monitorización de Ensayos Clínicos y Medical Affairs ⁽²⁾ | <input type="checkbox"/> Madrid | <input type="checkbox"/> Barcelona |
| · Máster en Derecho de la Salud ⁽²⁾ | <input type="checkbox"/> Madrid | <input type="checkbox"/> Barcelona |

(1) Nº de cuenta: ES51-0081-0144-63-0001720579

(2) Nº de cuenta: ES02-0081-0144-68-0001774081

EXPERIENCIA PROFESIONAL

NOMBRE DE EMPRESA

ACTIVIDAD

CARGO

PERIODO

.....

.....

.....

de a

.....

.....

.....

de a

.....

.....

.....

de a

OTROS DATOS (Consigna aquellos que consideras de interés como aficiones, premios, publicaciones ...)

.....

.....

.....

.....

MOTIVOS POR LOS QUE DESEAS REALIZAR EL MÁSTER

Declaro que son ciertos todos los datos anteriormente reseñados y acepto la resolución de la Junta de Admisión.

En a de de 201

(Firma)

La aceptación de la presente Solicitud de Admisión quedará sujeta a la valoración de la información aportada y de la entrevista personal que habrá de realizar el candidato con el Director del Máster o la Dirección de Barcelona, para la que será oportunamente convocado.

Con la firma de la presente Solicitud de Admisión autorizas expresamente, a CESIF FORMACIÓN S.L. a incluir dichos datos en un fichero titularidad de este Centro de Estudios, debidamente inscrito ante la AEPD con el nombre ALUMNOS Y PROFESORES y con código de inscripción 2122360473. La finalidad de dicho fichero es el tratamiento de tus datos para identificarte como alumno, y ofrecerte entre otros, los servicios de prospección comercial de cursos impartidos por CESIF FORMACIÓN S.L., que puedan ser de tu interés de acuerdo a tu titulación. De conformidad con la LOPD 15/1999 y demás normativa complementaria puedes ejercer en cualquier momento tus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de tus datos de carácter personal, enviando un correo electrónico a la dirección de email : lopd@cesif.es, indicando en la misma el derecho que pretendes ejercer o bien mediante correo postal dirigido al Dpto. de Protección de Datos a la dirección C/ General Álvarez de Castro 41 de Madrid CP 28010.

En el caso de que no desees recibir notificaciones en tu email relativas a la prospección comercial mencionada en el párrafo anterior, por favor marca aquí.

DATOS PERSONALES

Domicilio habitual

Población C.P.

Provincia País

Teléfono // e-mail

Lugar de nacimiento Fecha de nacimiento - -

Nacionalidad D.N.I. (Pasaporte, T.R.)

Estado civil

Nombre del cónyuge Núm. Hijos

Nombre del padre Profesión

Nombre de la madre Profesión

DATOS ACADÉMICOS

TÍTULOS UNIVERSITARIOS	CENTRO	POBLACIÓN	AÑOS ACADÉMICOS
.....	de a
.....	de a
.....	de a

En caso de no haber terminado la licenciatura, indicar el número de asignaturas que faltan:

OTROS ESTUDIOS	CENTRO	POBLACIÓN	AÑOS ACADÉMICOS
.....	de a
.....	de a
.....	de a

IDIOMAS (Especificar MB: muy bien; B: bien; R: regular)

	LEE	ESCRIBE	HABLA	TITULACIONES
.....
.....
.....

INFORMÁTICA (indica los programas que usas habitualmente)

WORD EXCEL POWERPOINT OTROS

RESULTADOS ADMISIÓN

ENTREVISTA PERSONAL

Realizada por el de de 201

Valoración

Expediente/Currículum/Pruebas de Admisión Valoración

VALORACIÓN FINAL

PAGADA PREINSCRIPCIÓN

SI NO

Forma de Pago

SOLICITUD DE BECA

Becas solicitadas a:

Resultado de la solicitud

.....
.....
.....

A la vista de los resultados, la **Junta de Admisión del Centro de Estudios Superiores de la Industria Farmacéutica** acuerda por mayoría/unanimidad (señálese lo que proceda)

- ACEPTAR
- RECHAZAR
- REVISAR

la presente solicitud.

En a de de 201