

SEMESTRE MARZO - JULIO 2017 /  NUEVO INGRESO /  REINSCRIPCIÓN

FECHA DE LLENADO: \_\_\_\_\_ FOLIO RECIBO DE PAGO: \_\_\_\_\_

<b>CLAVE CADES:</b>	
---------------------	--

PEGUE AQUÍ  <b>FOTO</b>
-------------------------------

Este es el nombre que aparecerá en su constancia. Por favor revise que esté escrito correctamente. La reimpresión de constancia por error de nombre tiene costo.	Firma de nombre correcto
---	--------------------------

<b>APELLIDO PATERNO</b>	<b>APELLIDO MATERNO</b>	<b>NOMBRE</b>

**CURSOS ELEGIDOS:**

HORARIO	CLAVE CURSO	CURSO O TALLER	SALÓN
8 a 10 h	NZ		
10:15 a 12:15 h	NZ		
12:30 a 14:30 h	NZ		

**NOTA IMPORTANTE:** Una vez inscrito todo cambio causará un cargo extra.  
La apertura de los cursos está condicionada a que se cubra el mínimo de inscritos.

<b>DOMICILIO:</b>			
	CALLE	No.	COLONIA

C.P.	CIUDAD	ESTADO

<b>TELÉFONO CASA:</b>		<b>CELULAR:</b>	
-----------------------	--	-----------------	--

<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	
---------------------------	--

<b>EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:</b>	
NOMBRE	TELÉFONO

<b>ALÉRGICO A:</b>	
--------------------	--

**ORIGINAL: CADES**

## AVISO DE PRIVACIDAD PARA CURSOS O TALLERES CADES

La **Universidad La Salle Nezahualcóyotl, A.C.**, con domicilio en Av. Bordo de Xochiaca, Esquina con Av. Adolfo López Mateos, Colonia Tamaulipas Cd. Nezahualcóyotl, Estado de México. C.P. 57300, es responsable del tratamiento de sus datos personales en términos de lo establecido por el artículo 3º fracción XIV de la **Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (LFPDPPP)**. Asimismo, le informamos que los datos personales recabados en el **Formato de inscripción CADES** serán utilizados para identificar al participante y permitirle inscribirse en alguno de los cursos o talleres de servicio a la comunidad impartidos por nuestra área responsable del **Programa CADES** "Comunidades de Aprendizaje y Desarrollo". Para mayor información puede consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral que está disponible en el sitio web de la Universidad en la dirección electrónica: [www.ulsaneza.edu.mx](http://www.ulsaneza.edu.mx)

### CONSENTIMIENTO MENORES DE EDAD

En virtud de que para el desarrollo de alguno de nuestros cursos o talleres se requiere de la preparación de alimentos, es necesario conocer si el participante es alérgico a alguno en particular (datos personales sensibles), de tal forma que en caso de que se suscite algún incidente o emergencia durante el proceso de las actividades, podamos brindar una primera atención, así como comunicarnos con un familiar en caso de ser necesario; en cumplimiento con lo dispuesto por el artículo 9º de la LFPDPPP, le informamos que para cumplir con las finalidades descritas en este formato, requerimos de su autorización y consentimiento expreso para recabar su información personal, por lo que, como representante legal del menor, en términos del artículo 425 del Código Civil Federal, le solicitamos que nos indique si acepta o no el tratamiento de dichos datos, en el entendido de que su consentimiento es necesario para permitir la participación de su hijo(a) o pupilo(a) en el curso o taller elegido.

*Anotar (Sí o No)* \_\_\_\_\_ Consiento y autorizo que los datos personales sensibles de mi hijo(a) o pupilo(a) sean tratados en los términos previstos en el presente formato.

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del padre/madre o tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO MAYORES DE EDAD

En virtud de que para el desarrollo de alguno de nuestros cursos o talleres se requiere de la preparación de alimentos, es necesario conocer si Usted es alérgico a alguno en particular (datos personales sensibles), de tal forma que en caso de que se suscite algún incidente o emergencia durante el proceso de las actividades, podamos brindarle una primera atención, así como comunicarnos con un familiar en caso de ser necesario; en cumplimiento con lo dispuesto por el artículo 9º de la LFPDPPP, le informamos que para cumplir con las finalidades descritas en este formato, requerimos de su autorización y consentimiento expreso para recabar su información personal, por lo que le solicitamos nos indique si acepta o no el tratamiento de dichos datos, en el entendido de que su consentimiento es necesario para permitirle participar en el curso o taller elegido.

*Anotar (Sí o No)* \_\_\_\_\_ Consiento y autorizo que mis datos personales sensibles sean tratados en los términos previstos en el presente formato.

Nombre y firma del participante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

SEMESTRE MARZO - JULIO 2017 /  NUEVO INGRESO /  REINSCRIPCIÓN

FECHA DE LLENADO: \_\_\_\_\_ FOLIO RECIBO DE PAGO: \_\_\_\_\_

(01) CADES ULSAN

<b>CLAVE CADES:</b>	
---------------------	--

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE

**CURSOS ELEGIDOS:**

HORARIO	CLAVE CURSO	CURSO O TALLER	SALÓN
8 a 10 h	NZ		
10:15 a 12:15 h	NZ		
12:30 a 14:30 h	NZ		

COPIA: ALUMNO CADES

**NOTA IMPORTANTE:** Una vez inscrito todo cambio causará un cargo extra.

La apertura de los cursos está condicionada a que se cubra el mínimo de inscritos.

<p><b>INICIO DE CLASES</b></p> <p><b>Sábado 18 de marzo de 2017</b></p> <p><b>FAVOR DE PRESENTARSE 10 MINUTOS ANTES DE SU CLASE CON RECIBO DE PAGO Y PORTAR SU CREDENCIAL AL CUELLO</b></p> <p><b>NO SE PERMITIRÁ EL ACCESO A LA UNIVERSIDAD NI AL SALÓN DE CLASES SI NO PORTA SU CREDENCIAL</b></p>
--

COPIA: ALUMNO CADES

## AVISO DE PRIVACIDAD PARA CURSOS O TALLERES CADES

La **Universidad La Salle Nezahualcóyotl, A.C.**, con domicilio en Av. Bordo de Xochiaca, Esquina con Av. Adolfo López Mateos, Colonia Tamaulipas Cd. Nezahualcóyotl, Estado de México. C.P. 57300, es responsable del tratamiento de sus datos personales en términos de lo establecido por el artículo 3º fracción XIV de la **Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (LFPDPPP)**. Asimismo, le informamos que los datos personales recabados en el **Formato de inscripción CADES** serán utilizados para identificar al participante y permitirle inscribirse en alguno de los cursos o talleres de servicio a la comunidad impartidos por nuestra área responsable del **Programa CADES** "Comunidades de Aprendizaje y Desarrollo". Para mayor información puede consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral que está disponible en el sitio web de la Universidad en la dirección electrónica: [www.ulsaneza.edu.mx](http://www.ulsaneza.edu.mx)

### CONSENTIMIENTO MENORES DE EDAD

En virtud de que para el desarrollo de alguno de nuestros cursos o talleres se requiere de la preparación de alimentos, es necesario conocer si el participante es alérgico a alguno en particular (datos personales sensibles), de tal forma que en caso de que se suscite algún incidente o emergencia durante el proceso de las actividades, podamos brindar una primera atención, así como comunicarnos con un familiar en caso de ser necesario; en cumplimiento con lo dispuesto por el artículo 9º de la LFPDPPP, le informamos que para cumplir con las finalidades descritas en este formato, requerimos de su autorización y consentimiento expreso para recabar su información personal, por lo que, como representante legal del menor, en términos del artículo 425 del Código Civil Federal, le solicitamos que nos indique si acepta o no el tratamiento de dichos datos, en el entendido de que su consentimiento es necesario para permitir la participación de su hijo(a) o pupilo(a) en el curso o taller elegido.

*Anotar (Sí o No)* \_\_\_\_\_ Consiento y autorizo que los datos personales sensibles de mi hijo(a) o pupilo(a) sean tratados en los términos previstos en el presente formato.

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del padre/madre o tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO MAYORES DE EDAD

En virtud de que para el desarrollo de alguno de nuestros cursos o talleres se requiere de la preparación de alimentos, es necesario conocer si Usted es alérgico a alguno en particular (datos personales sensibles), de tal forma que en caso de que se suscite algún incidente o emergencia durante el proceso de las actividades, podamos brindarle una primera atención, así como comunicarnos con un familiar en caso de ser necesario; en cumplimiento con lo dispuesto por el artículo 9º de la LFPDPPP, le informamos que para cumplir con las finalidades descritas en este formato, requerimos de su autorización y consentimiento expreso para recabar su información personal, por lo que le solicitamos nos indique si acepta o no el tratamiento de dichos datos, en el entendido de que su consentimiento es necesario para permitirle participar en el curso o taller elegido.

*Anotar (Sí o No)* \_\_\_\_\_ Consiento y autorizo que mis datos personales sensibles sean tratados en los términos previstos en el presente formato.

Nombre y firma del participante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_