

Curso 2025/26

**Máster de Formación Permanente en la Radiocirugía del Sistema Nervioso Central
(60 ECTS)**

Datos personales: 1er Apellido		2º Apellido	Nombre		
Nacionalidad	DNI/Tarjeta residencia		Sexo	Fecha Nacimiento	
Teléfono 1	Teléfono 2		Email		
Domicilio habitual durante el curso: Calle			Nº	Piso	Letra
Localidad	C.P.	Provincia		País	
Datos académicos: Titulación que da acceso al Máster					
Universidad			Año de graduación		

Documentación requerida para su matrícula:

- Copia del DNI o tarjeta de residencia.
- Currículum Vitae actualizado.
- **Fotocopia compulsada del título** de la titulación académica previa o certificación académica oficial junto al resguardo de haber abonado las tasas del título.

Honorarios del curso: 6.000€

Cumplimenta, firma la solicitud y envíanosla junto con el resto de la documentación a la siguiente dirección de correo electrónico: gestionacademica@uax.es. Secretaría Académica Máster.

Será imprescindible haber entregado la documentación académica que acredite los Requisitos Legales de Acceso a la Universidad. En el caso de no presentar dicha documentación o cuando esta no sea suficiente, la matrícula quedará pendiente de ser formalizada.

Al cumplimentar y firmar del presente documento, el estudiante:

- Adquiere por este acto los derechos y deberes de un estudiante de la Universidad Alfonso X el Sabio. La Universidad, para atender aquellos derechos, asume los compromisos relativos a aulas, profesores, material didáctico, etc. que se derivan del presente.
- Declara ser ciertos los datos contenidos en este impreso y en todos los que entrega con la matrícula.
- Acepta las [Normas y Reglamentos Docentes](#) de la Universidad Alfonso X el Sabio publicados en la página Web de la Universidad.

La formalización del proceso de Matriculación a la Universidad Alfonso X el Sabio, conlleva la aceptación de las [Condiciones Generales de Contratación: Prestación de Servicios Docentes](#), publicadas en www.uax.com, declarando el estudiante haber leído y comprendido en su totalidad las mismas y comprometiéndose a su cumplimiento.

- Acepto la [Política de Privacidad](#).
- Acepto el tratamiento de mis datos conforme a la cláusula de [Protección de Datos](#).
- Deseo recibir comunicaciones comerciales de UAX y de terceras entidades pertenecientes al [Grupo Guadarrama Proyectos Educativos](#) según la [Política de Privacidad](#). El listado de empresas que conforman este grupo puede ser comprobado en el apartado 8 de dicha Política en los términos descritos en la [Política de Privacidad](#).

En _____, a _____ de _____ de 20____

Firma del estudiante: