

Nº Matriculación

- ANTES DE CUMPLIMENTAR ESTE IMPRESO, COMPRUEBE QUE CORRESPONDE A LA ETAPA EDUCATIVA EN LA QUE DESEA REALIZAR LA MATRÍCULA
- NO CUMPLIMENTAR LOS ESPACIOS SOMBREADOS
- ESCRIBA CON LETRA MAYÚSCULA Y CLARA
- ESTA MATRÍCULA ESTÁ CONDICIONADA A LA COMPROBACIÓN DE LOS DATOS, DE CUYA VERACIDAD SE RESPONSABILIZA EL FIRMANTE

MATRÍCULA**CICLOS FORMATIVOS DE GRADO SUPERIOR DE FORMACIÓN PROFESIONAL**Orden de de de (BOJA nº de fecha) **CURSO:**

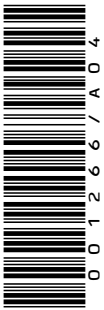
NOTA: Este documento deberá presentarse por duplicado.

| 1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE | | | |
|--|--|-----------------------------------|-----------------------------|
| APELLIDOS Y NOMBRE | | FECHA DE NACIMIENTO | DNI/PASAPORTE O EQUIVALENTE |
| NACIONALIDAD | SEXO <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer | PROFESIÓN / SITUACIÓN PROFESIONAL | |
| DOMICILIO: CALLE, PLAZA O AVENIDA Y NÚMERO | | | |
| MUNICIPIO/LOCALIDAD | | PROVINCIA | C. POSTAL |
| TELÉFONOS DE CONTACTO | | CORREO ELECTRÓNICO | |

| 2 DATOS ACADÉMICOS | |
|-----------------------------|-----------|
| ÚLTIMOS ESTUDIOS REALIZADOS | CURSO |
| CENTRO | LOCALIDAD |

| 3 DATOS DE MATRÍCULA | |
|---|---|
| CENTRO DOCENTE EN EL QUE SE MATRICULA | LOCALIDAD |
| | Código <input type="text"/> |
| DENOMINACIÓN DEL CICLO FORMATIVO | CURSO EN EL QUE SE MATRICULA <input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 3º |
| <input type="checkbox"/> Régimen General <input type="checkbox"/> Régimen Adultos <input type="checkbox"/> Repetidor/a | |
| MÓDULOS PENDIENTES DE PRIMER CURSO | MÓDULOS PENDIENTES DE SEGUNDO CURSO |
| | |
| | |
| | |
| SOLICITA EXENCIÓN TOTAL O PARCIAL DE FORMACIÓN EN CENTROS DE TRABAJO (FCT) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | SOLICITA CONVALIDACIÓN <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

| 5 AUTORIZACIÓN EXPRESA |
|---|
| <input type="checkbox"/> La persona abajo firmante AUTORIZA , como medio de notificación preferente, la notificación telemática en la dirección de correo electrónico recogida en la presente solicitud (plataforma @Notifica de la Junta de Andalucía). (Para ello deberá disponer de certificado de firma electrónica reconocida). |



6 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA

La persona abajo firmante **DECLARA**, bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, y expresamente:

Reúne todos los requisitos establecidos en la Orden de regulación y se compromete a aportar los documentos acreditativos a requerimiento de la Administración.

Y **SOLICITA** la matriculación en el ciclo formativo anteriormente referenciado.

En a de de

EL/LA SOLICITANTE

EL/LA FUNCIONARIO/A

Fdo.:

(Sello del centro docente)

SR/A. DIRECTOR/A O TITULAR DEL CENTRO DOCENTE.