

Nº Matricula

- ANTES DE CUMPLIMENTAR ESTE IMPRESO, COMPRUEBE QUE CORRESPONDE A LA ETAPA EDUCATIVA EN LA QUE DESEA REALIZAR LA MATRÍCULA

- NO CUMPLIMENTAR LOS ESPACIOS SOMBRADOS

- 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 MEDIO 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 ☐ Hombre ☐ 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
DENOMINACIÓON DEL CICLO FORMATIVO		CURSO EN EL QUE SE MATRICULA ☐ 1º ☐ 2º ☐ 3º
☐ Régimen General ☐ Régimen Adultos ☐ Repetidor/a		
MÓDULOS PENDIENTES DE PRIMER CURSO		MÓDULOS PENDIENTES DE SEGUNDO CURSO
SOLICITA EXENCIÓN TOTAL O PARCIAL DE FORMACIÓN EN CENTROS DE TRABAJO (FCT) ☐ Sí ☐ No		SOLICITA CONVALIDACIÓN ☐ Sí ☐ No

5 AUTORIZACIÓN EXPRESA	
☐ 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 (Sello del centro docente) Fdo.:	

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