

SOLICITUD DE MATRÍCULA EN CENTROS DOCENTES SOSTENIDOS CON FONDOS PÚBLICOS, CICLOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL INICIAL

CURSO ACADÉMICO 20___ / 20___

DATOS DEL CENTRO	Centro docente donde se matricula		Dirección del centro docente	
	Localidad		Provincia	Código Postal
	Nº Matrícula <i>(a cumplimentar por el centro)</i>	Nº Expediente <i>(a cumplimentar por el centro)</i>	Código del centro <i>(a cumplimentar por el centro)</i>	

DATOS PERSONALES	Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		DNI/NIE	
	Fecha de nacimiento <i>(dd/mm/aaaa)</i>			Varón <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	Nacionalidad		Nº Seguridad Social	
	Domicilio				Localidad		Provincia	
	Código postal	Correo electrónico			Teléfono móvil		Teléfono fijo	

DATOS FAMILIARES	<i>Cumplimentar en el caso de que el alumno/a sea menor de edad</i>						
	Nombre y apellidos del padre o tutor		DNI/NIE	Teléfono		Correo electrónico	
	Nombre y apellidos de la madre o tutora		DNI/NIE	Teléfono		Correo electrónico	

DATOS ACADÉMICOS	Últimos estudios realizados		Curso académico	Forma de acceso al ciclo: Prueba de acceso <input type="checkbox"/> Acceso directo <input type="checkbox"/>	
	Centro docente donde estudió el curso anterior <i>(en caso de no ser alumno del centro donde se matricula)</i>				
	Centro docente		Localidad	Provincia	

DATOS DE MATRÍCULA	Se matricula por primera vez en este centro: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Paga seguro escolar (menor de 28 años): Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Repite curso Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Módulos pendientes Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Módulos pendientes de primer curso:				Módulos pendientes de segundo curso:				
	Estudios para los que solicita matrícula								
	Denominación del ciclo formativo					Grado	Curso	Turno	
	¿Solicita exención del módulo profesional de FCT? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				¿Solicita convalidación de módulos profesionales? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
	¿Solicita traslado de las calificaciones obtenidas en módulos profesionales superados? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				Módulos profesionales que solicita:				

En a de de 20

Firma del padre/madre/tutor/tutora (menor de edad)

Firma del alumno/a

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS	
Responsable	Dirección General de Formación Profesional y Régimen Especial.
Finalidad	Matriculación del alumnado para cursar Formación Profesional Inicial.
Legitimación	Cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos.
Destinatarios	No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal.
Derechos	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos recogidos en la información adicional.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en la Sede Electrónica https://www.tramitacastillayleon.jcyl.es y en el Portal de Educación http://www.educa.jcyl.es/fp/es .

Para cualquier consulta relacionada con la materia del procedimiento o sugerencia para mejorar este impreso, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012 (para llamadas desde fuera de la Comunidad de Castilla y León 983 327 850).

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