

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