

SOLICITUD DE RENUNCIA A MATRÍCULA

D/D^a _____

D.N.I. _____ Teléfono _____ Teléfono Móvil _____

Domicilio _____

Población _____ Provincia _____ Código Postal _____

EXPONE:

Que se encuentra matriculado/a en el Centro educativo: _____

Localidad _____ Provincia _____

en _____ curso, del ciclo formativo de grado _____ denominado _____

SOLICITA:

Le sea concedida la **renuncia** a dicha matrícula.

_____ a ____ de _____ de _____

Firmado: _____

SR./SRA DIRECTOR/A DEL CENTRO EDUCATIVO _____