

## CICLOS FORMATIVOS DE GRADO MEDIO

## SOLICITUD ADMISIÓN CURSO 2022/23

¿Alumno nuevo en el Centro?

 

SI NO

¿Ha cambiado algún dato como Domicilio, telf.,?

 

SI NO

## CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

N.º Exp

## DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dni Nie Pasap.	Nº de Doc. de Identidad	Nacionalidad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Municipio de Nacimiento	Provincia de Nacimiento	País de Nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio calle/Avda./ Plaza	Número Portal Esc. Piso Letra	Localidad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cód. Postal	Provincia	Teléfono fijo
		Teléfono Móvil
		Correo Electrónico

DATOS DE LOS PADRES/TUTORES (A rellenar solo si el alumno/a es menor de edad).

TUTOR 1 (\*)

TUTOR 2 (\*)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre y apellidos	Nombre y apellidos
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Documento de identidad	Documento de identidad
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nacionalidad	Nacionalidad
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono Móvil	Teléfono Móvil
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Correo electrónico	Correo electrónico
<b>Rellenar solo si NO coincide con el domicilio del alumno</b>	<b>Rellenar solo si NO coincide con el domicilio del alumno</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio (Calle, Avda, Número, Letra)	Domicilio (Calle, Avda, Número, Letra)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Localidad	Localidad
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cód. postal	Cód. postal

## VÍAS DE ACCESO (MARCAR SOLO UNA VÍA)

TITULACIÓN	AÑO OBTENCIÓN	NOTA MEDIA
<input type="checkbox"/> E.S.O/E.S.A		
<input type="checkbox"/> PRUEBA LIBRE		
<input type="checkbox"/> FORMACIÓN PROFESIONAL DE:		
(INDICAR NOMBRE DEL TÍTULO)		

**SOLICITUD, DECLARACION, LUGAR, FECHA Y FIRMA**

LA PERSONA ABAJO FIRMANTE **DECLARA**, BAJO SU EXPRESA RESPONSABILIDAD, QUE SON CIERTOS LOS DATOS QUE FIGURAN EN LA PRESENTE SOLICITUD, Y EXPRESAMENTE:

<input type="checkbox"/>	TIENE RECONOCIDO UN GRADO DE DISCAPACIDAD IGUAL O SUPERIOR AL 33%
<input type="checkbox"/>	TIENE LA CONDICIÓN DE DEPORTISTA DE ALTO NIVEL O DE ALTO RENDIMIENTO
<input type="checkbox"/>	REÚNE TODOS LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN LA ORDEN DE REGULACIÓN Y SE COMPROMETE A APORTAR TODOS LOS DOCUMENTOS ACREDITATIVOS A REQUERIMIENTO DE LA ADMINISTRACIÓN

Quedo enterado que la confirmación de la matrícula está condicionada a la comprobación con mi expediente de los datos consignados en este impreso, matriculándome únicamente de los ciclos marcados. También quedo enterado que con mi pre-matricula quedo obligado a ingresar en la cuenta corriente ES5000491861192110444398 el importe de 300€ en concepto de matrícula y la primera mensualidad como reserva de plaza. En caso de abandono, estos importes no se devolverán.

En Bormujos, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor

Firma de la madre o tutora

Firma del alumno/a