

OFERTA PARCIAL DE CICLOS FORMATIVOS (MÓDULOS PROFESIONALES)

ADMISIÓN - MATRICULACIÓN

SOLICITUD

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	TELÉFONO/S DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	
DOMICILIO: CALLE, PLAZA O AVENIDA Y NÚMERO			
MUNICIPIO/LOCALIDAD		PROVINCIA	C. POSTAL

2 VÍAS DE ACCESO			
<input type="checkbox"/> 2.1.- ACCESO CON REQUISITOS ACADÉMICOS			
TITULACIÓN			
<input type="checkbox"/> Graduado en ESO			
<input type="checkbox"/> Bachillerato. Modalidad			
<input type="checkbox"/> Otros estudios (especificar)			
NOTA MEDIA	AÑO REALIZACIÓN	CENTRO EDUCATIVO DE ORIGEN	
MUNICIPIO/LOCALIDAD		PROVINCIA	
<input type="checkbox"/> 2.2.- ACCESO MEDIANTE PRUEBA			
CICLO FORMATIVO PARA EL QUE REALIZÓ LA PRUEBA			NOTA OBTENIDA
NOTA DE LA PRUEBA	AÑO REALIZACIÓN	CENTRO EDUCATIVO DONDE REALIZÓ LA PRUEBA	
MUNICIPIO/LOCALIDAD		PROVINCIA	
<input type="checkbox"/> 2.3.- ACCESO POR VÍA DE LA EXPERIENCIA LABORAL			
Dos años de experiencia laboral <input type="checkbox"/>			
Sector profesional relacionado con el ciclo solicitado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

3 DATOS ACADÉMICOS	
¿Ha superado algún módulo del ciclo al que pertenece el/los módulos solicitado/s? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
MÓDULOS SUPERADOS	CICLO AL QUE PERTENECE EL MÓDULO SUPERADO
.....
.....
.....
.....
.....



4 MÓDULOS SOLICITADOS POR ORDEN DE PREFERENCIA

Nº	CÓDIGO DEL MÓDULO				DENOMINACIÓN DEL CICLO FORMATIVO	FAMILIA PROFESIONAL		CÓDIGO DEL CENTRO EDUCATIVO								GRADO (1)	MOD. (2)
01																	
02																	
03																	
04																	
05																	
06																	
07																	
08																	
09																	
10																	

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:

- ☐ Tiene reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33%.
- ☐ 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 admisión y matriculación en la Oferta Parcial de Ciclos Formativos.

En a de de
EL/LA SOLICITANTE

EL/LA FUNCIONARIO/A

Fdo.:

(Sello del centro docente)

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

(1) Cumplimentar con "M" para módulos de grado medio o con "S" para módulos de grado superior.

(2) Cumplimentar con "D" para la modalidad a distancia o con "P" la modalidad presencial.