



Solicitud de renuncia á matrícula no módulo de FCT

DATOS DO SOLICITANTE			
Apelidos	Nome	DNI / NIE	Data nacemento
Enderezo (rúa, número, andar, letra)			
Código postal e localidade	Provincia	Teléfono fixo	Teléfono móbil
Ciclo formativo no que está matriculado/a			

EXPON:

- Que en virtude do establecido na normativa ao respecto, desexa renunciar á matrícula no módulo de FCT en que está matriculado/a, para o que alega algunha das seguintes condicións (sinalar cun X e xustificar documentalente):

<input type="checkbox"/>	Doenza prolongada de carácter físico ou psíquico.
<input type="checkbox"/>	Incorporación laboral acreditada mediante contrato de traballo.
<input type="checkbox"/>	Obrigas de tipo familiar xustificadas que impidan a normal dedicación aos estudos.
<input type="checkbox"/>	Outras de carácter análogo que a dirección do centro estime oportuno, por proposta do equipo docente.

- Que coñece que a reincorporación ás mesmas ensinanzas requirirá o establecemento dunha nova matrícula en período extraordinario, durante o mes inmediatamente anterior ao comezo do período de FCT.
- Que coñece que na referida reincorporación non se terán en conta as xornadas realizadas con anterioridade á presente solicitude de renuncia, polo que cumprirá cursar o módulo de FCT na súa totalidade.

SOLICITA: a renuncia á súa matrícula no módulo de FCT do ciclo formativo en que está matriculado/a.

RELACIÓN DE DOCUMENTACIÓN ANEXA:

Legislación aplicable:

- Orde do 28 de febreiro de 2007 pola que se regula o módulo profesional de formación en centros de traballo da formación profesional inicial, para o alumnado matriculado en centros educativos da Comunidade Autónoma de Galicia (DOG do 8 de marzo).

Fágome responsable da veracidade dos datos recollidos na presente solicitude.

Sinatura da persoa solicitante:

En....., de de 201.....

(Para cubrir pola Administración)

Recibido	Nº de expediente
Revisado e conforme	Data de entrada / /
	Data de efectos / /
	Data de saída / /

Dirección do CIFP: