* + - * 1. Solicitude 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 |  | | | |
| EXPÓN:   * 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 documentalmente):  |  |  |  | | --- | --- | --- | | |  | | --- | |  | | Doenza prolongada de carácter físico ou psíquico. | | |  | | --- | |  | | Incorporación laboral acreditada mediante contrato de traballo. | | |  | | --- | |  | | Obrigas de tipo familiar xustificadas que impidan a normal dedicación aos estudos. | | |  | | --- | |  | | 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 matricula no módulo de FCT do ciclo formativo en que está matriculado/a. | | | | |
| RELACIÓN DE DOCUMENTACIÓN ANEXA:   * \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| Lexislación 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). | | (Para cubrir pola Administración)   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Recibido |  | Nº de expediente  ........................  Data de entrada  ….. / ….. / …..  Data de efectos  ….. / ….. / …..  Data de saída  ….. / ….. / ….. | | Revisado e conforme | | | |
| Fágome responsable da veracidade dos datos recollidos na presente solicitude.  Sinatura da persoa solicitante:  En………..….……….. , ….... de ………..……………. de 20…… | |
| Dirección do CIFP: | | | | |