* + - * 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:  |