

SOLICITUDE DE MATRÍCULA DE FCT E/OU PROXECTO.**CURSO** _____

DATOS DA PERSOA SOLICITANTE				
NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	DNI/NIE/PASAPORTE	
TARXETA SANITARIA/NUSS	TELÉFONO MÓBIL	CORREO ELECTRÓNICO		
ENDEREZO ACTUALIZADO PARA OS EFECTOS DE NOTIFICACIÓN				
TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA	NÚMERO	ANDAR	PORTA
CÓDIGO POSTAL	LOCALIDADE	PROVINCIA		

E, NA SÚA REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse a representación fidedigna por calquera medio válido en dereito)			
NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	DNI/NIE/PASAPORTE

A PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE DECLARA:
<p>1. <u>Datos da matrícula:</u> Que solicita ser matriculado nos módulos:</p> <p><input type="checkbox"/> Formación en centros de traballo (FCT) <input type="checkbox"/> Proxecto</p> <p>No ciclo formativo: <input type="checkbox"/> Grao básico <input type="checkbox"/> Grao medio <input type="checkbox"/> Grao superior</p> <p>Do réxime e modalidade: <input type="checkbox"/> Ordinario <input type="checkbox"/> Adultos presencial <input type="checkbox"/> Adultos semipresencial e a distancia</p> <p>NOME DO CICLO: _____ Titulación coa que accedeu ao ciclo: _____</p>
<p>2. <u>Documentación achegada:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Fotocopia do DNI e da TARXETA SANITARIA (IMPRESINDIBLE!!) <input type="checkbox"/> Xustificante de pago do seguro escolar (no caso de ser menor de 28 anos). OBRIGATORIO PRESENTALO! <i>Concepto: Seguro escolar Nome e apelidos alumno/a. Importe: 1.12€. IBAN: ES65 2080 5092 0330 4000 7200</i></p>
<p><i>Que todos os datos contidos nesta solicitude e nos documentos que se achegan son certos.</i></p>

SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE

Lugar e data

Vigo, 23 de XULLO de 2024

DIRECTOR DO CIFP MANUEL ANTONIO