



IMPRESO MATRÍCULA - CS LABORATORIO CLÍNICO E BIOMÉDICO
CURSO 2023/2024

Datos do/a alumna/o			
Apelidos		Nome	DNI
Data nacemento	Lugar	Provincia	Nacionalidade
Número tarxeta sanitaria		Padece algunha enfermidade <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON En caso afirmativo, indicar cales:	
<input type="checkbox"/> NAI / <input type="checkbox"/> PAI / <input type="checkbox"/> Representante legal			
Nome e apelidos		DNI	Teléfono móbil
<input type="checkbox"/> NAI / <input type="checkbox"/> PAI / <input type="checkbox"/> Representante legal			
Nome e apelidos		DNI	Teléfono móbil
Enderezo a efectos de notificación			
Rúa/Lugar		Número/piso/letra	Teléfono urxencias
Código postal	Localidade	Concello	Provincia
Teléfono fixo		Correo electrónico	
Información complementaria alumno/a			
Ten minusvalía/discapacidade <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON	NEAE <input type="checkbox"/> TDAH <input type="checkbox"/> Dislexia <input type="checkbox"/> Outros (indicar):	Familia numerosa <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON	

AUTORIZACIÓNS MENORES DE IDADE:

AUTORIZACIÓN PARA A ASISTENCIA A ACTIVIDADES FÓRA DO INSTITUTO

Dou AUTORIZACIÓN ó/á alumno/a a participar en calquera das actividades extraescolares e complementarias organizadas polo IES Campo de San Alberto de Noia que supoñan saídas dentro da propia localidade e a súa comarca.

SI NON

Asdo.: (sinatura do pai/nai/titor legal)

AUTORIZACIÓN PARA SAÍDA DO CENTRO AO REMATE DA XORNADA LECTIVA (L-V 14:25h e L 18:00h)

Dou AUTORIZACIÓN ó/á alumno/a a saír do centro ao remate do horario lectivo só/súa, e eximo á Consellería de Cultura, Educación, Formación Profesional e Universade e ao propio centro de calquera responsabilidade por danos ou lesións que poida sufrir.

SI NON

Asdo.: (sinatura do pai/nai/titor legal)

AUTORIZACIÓN PARA USO DA IMAXE (MENORES E MAIORES DE IDADE)

Dou AUTORIZACIÓN ao IES Campo de San Alberto de Noia a publicar nos recursos educativos en liña, revistas, web a IMAXE DO/A ALUMNO/A (vídeos, son e fotos), de conformidade co disposto na Lei Orgánica 3/2018, do 5 de decembro, de Protección de Datos Personais e garantía dos dereitos dixitais.

En atención á Lei Orgánica de Protección de datos, infórmase de que existe o dereito de examinar, rectificar, ou cancelar o material gráfico dispoñible, solicitándoo previamente á Dirección do centro.

SI NON

Asdo.: (sinatura do pai/nai/titor legal para alumnado menor de 14 anos, sinatura do/a alumno/a para alumnado de 14 anos ou máis).

Noia, _____ de _____ de 2023



MATRÍCULA SOLICITADA CICLO SUPERIOR LABORATORIO CLÍNICO E BIOMÉDICO

<input type="checkbox"/> MÓDULOS 1º	<input type="checkbox"/> MÓDULOS 2º
<input type="checkbox"/> BIOLOXÍA MOLECULAR E CITOXENÉTICA	<input type="checkbox"/> ANÁLISE BIOQUÍMICA
<input type="checkbox"/> FISIOPATOLOXÍA XERAL	<input type="checkbox"/> EMPRESA E INICIATIVA EMPRENDEDORA
<input type="checkbox"/> FORMACIÓN E ORIENTACIÓN LABORAL	<input type="checkbox"/> MICROBIOLOXÍA CLÍNICA
<input type="checkbox"/> TÉCNICAS XERAIS DE LABORATORIO	<input type="checkbox"/> TÉCNICAS DE INMUNODIAGNÓSTICO
<input type="checkbox"/> XESTIÓN DE MOSTRAS BIOLÓXICAS	<input type="checkbox"/> TÉCNICAS DE ANÁLISE HEMATOLÓXICA
	<input type="checkbox"/> FORMACIÓN EN CENTROS DE TRABAJO
	<input type="checkbox"/> PROXECTO DE LABORATORIO CLÍNICO E BIOMÉDICO

Marcar os módulos nos que solicita matricularse ou marcar o recadro da cabeceira para matricularse en todos os módulos.