CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN

PROGRAMAS DE CUALIFICACIÓN PROFESIONAL INICIAL

MATRÍCULA

| N° Matrícula | ANTES DE CUMPLIMENTAR ESTE IMPRESO, COMPRUEBE QUE CORRESPONDE A LA ETAPA EDUCATIVA EN LA QUE DESEA REALIZAR LA MATRÍCULA. |
|--|---|
| | NO CUMPLIMENTAR LOS ESPACIOS SOMBREADOS. |
| | ESCRIBA CON LETRA MAYÚSCULA Y CLARA. |
| | ESTA MATRÍCULA ESTÁ CONDICIONADA A LA COMPROBACIÓN DE LOS DATOS, DE CUYA VERACIDAD SE RESPONSABILIZA EL FIRMANTE. |
| | 01.00.00.00.00.00.00.00.00.00.00.00.00.0 |
| 1 DATOS PERSONALES: | |
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO NOMBRE |
| | |
| FECHA DE NACIMIENTO SEXO | |
| DÍA MES AÑO N° DE HERWANOS | D.N.I./N.I.E. TELÉFONO V M NACIONALIDAD |
| | (MacarconuraX) |
| DOMICILIO: CALLE, PLAZA O AVDA. Y NÚMERO | LOCALIDAD CÓDIGO POSTAL PROVINCIA |
| John Charles of Alley F. D. B. C. W. S. W. T. W. W. L. C. | 337.33 337.33 7.70 7.70 7.70 7.70 7.70 7 |
| | |
| 2 DATOS FAMILIARES: | |
| | |
| NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE O TUTOR LEGAL | D.N.I./N.I.E. |
| NOMBRE Y APELLIDOS DE LA MADRE O TUTORA LEGAL | D.N.I./N.I.E. |
| | |
| | |
| 3 DATOS ACADÉMICOS: | |
| ÚLTIMOS ESTUDIOS REALIZADOS: | DURANTE EL CURSO |
| EN EL CENTRO LOCALIDAD | |
| | |
| 4 DATOS DE MATRÍCULA: | |
| CENTRO DOCENTE EN EL QUE SE MATRICULA | LOCALIDAD CÓDIGO |
| | |
| PROGRAMA DE CUALIFICACIÓN PROFESIONAL INICIAL EN EL QUE SE MATRICULA | |
| | |
| CURSO EN EL QUE SE MATRICULA (Marcar lo elegido con una X) 1° 2° | |
| Firma del padre, madre, tutor/a legal o solicitante: | El/la Funcionario/a: |
| | |
| Fecha: | (Sello del centro docente) |

DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA Y OBSERVACIONES: