

CENTRO INTEGRADO DE FP "ALMÁZCARA" (código del centro 24016237)

CICLO FORMATIVO GRADO MEDIO: **APROVECHAMIENTO Y CONSERV. MEDIO NATURAL** CURSO 1º 2º

DATOS PERSONALES:			Nº EXPTE. (a cumplimentar por el centro)	
Nombre:		Apellidos:		
D.N.I./NIE:		SEXO	F <input type="checkbox"/>	N.U.S.S.: NÚMERO USUARIO SEGURIDAD SOCIAL (NO BENEFICIARIO)
			M <input type="checkbox"/>	
Teléfono móvil alumno:			Teléfono fijo:	
Estudios aportados:			E-mail:	
Fecha de nacimiento:		Lugar:		Provincia:
País:			Nacionalidad:	
Hermanos/as:	Nº de hermanos (sin incluir alumno/a) :	Orden que ocupa el alumno:	Familia numerosa : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

Correspondencia para notificaciones			
Correo a:	alumno <input type="checkbox"/> (SI ES MAYOR DE EDAD)	madre/tutora <input type="checkbox"/>	Padre/tutor <input type="checkbox"/>
Dirección:		Localidad:	
C.P.:	Provincia:	Teléfono:	

Padre o tutor:		Madre o tutora:	
Email:		Email:	
DNI/NIE:	Tfno.:	DNI/NIE:	Tfno.:

DATOS ACADÉMICOS		
Datos de los últimos estudios en el que haya estado matriculado:		Curso académico:
Datos de matrícula:		
Curso completo: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FCT: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Paga seguro escolar (menor de 28 años) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
EN CASO DE MATRÍCULA OFERTA PARCIAL O REPETIDOR DETALLAR LOS MÓDULOS EN QUE SE MATRICULA (ESPECIFICAR SI SON DE 1º O 2º):		
1.- _____	Repite SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
2.- _____	Repite SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
3.- _____	Repite SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
4.- _____	Repite SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
5.- _____	Repite SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

Mayores de 18 años. Marcar si no autoriza al centro a dar información a padres o tutores legales <input type="checkbox"/>

Los firmantes MANIFIESTAN SU CONFORMIDAD con el centro docente adjudicado en el proceso de admisión y con su proyecto educativo. Así mismo, DECLARAN bajo su responsabilidad la veracidad de los datos recogidos en este formulario.

Declaro que SI he leído la siguiente información básica sobre Protección de Datos Personales:

Responsable	Centro Integrado de Formación Profesional de Almazcara.
Finalidad	Matriculación del alumnado para cursar ciclos de FP Inicial de grado medio.
Legitimación	Cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos.
Destinatarios	No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal.
Derechos	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos recogidos en la información adicional.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en la Sede Electrónica https://www.tramitacastillayleon.jcyl.es y en el Portal de Educación http://www.educa.jcyl.es/fp/es .

En....., a de de 2023

Firma

Firma del padre/madre/tutor/a (si es menor de edad)

Firma del alumno/a