Castilla-La Mancha
Consejería de Educación y Ciencia

IMPRESO DE MATRÍCULA EN CENTROS EDUCATIVOS SOSTENIDOS CON FONDOS PÚBLICOS
FORMACIÓN PROFESIONAL PRESENCIAL
CURSO 2023 / 2024

Fecha y lugar de presentación de la solicitud.

Sello del Centro

CC.FF

DATOS DEL ALUMNO O ALUMNA

Nombre | DNI - NIE - Pasaporte | Número de Identificación Escolar (Rellenar por el centro) | ☐ Hombre ☐ Mujer

Primer Apellido | Segundo Apellido

Fecha Nacimiento | Municipio de Nacimiento | Provincia de Nacimiento | País

Localidad Nacimiento (SOLO EXTRANJEROS) | Pais de Nacimiento (SOLO EXTRANJEROS) | NACIONALIDAD (SOLO EXTRANJEROS)

DATOS DEL DOMICILIO

Calle, Avenida, Plaza... | Nº | Portal | Piso | Puerta

Municipio | Provincia | Cod. Postal | Teléfono | Teléfono Urgente

DATOS DEL PADRE Y DE LA MADRE O DE LOS TUTORES (sólo para menores de edad)

TUTOR/A 1

Nombre | DNI - NIE - Pasaporte | NACIONALIDAD (SOLO EXTRANJEROS) | ☐ Hombre ☐ Mujer

Primer Apellido | Segundo Apellido | correo electrónico

TUTOR/A 2

Nombre | DNI - NIE - Pasaporte | NACIONALIDAD (SOLO EXTRANJEROS) | ☐ Hombre ☐ Mujer

Primer Apellido | Segundo Apellido | correo electrónico

DATOS ACADÉMICOS

Titulación o requisitos de acceso al ciclo formativo:

_____.

☐ **1º CFGM CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**	☐ **1º CFGM FARMACIA Y PARAFARMACIA**	☐ **2º CFGM CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**	☐ **2º CFGM FARMACIA Y PARAFARMACIA**
☐ Por 1ª vez. ☐ Repetidor/a	☐ Por 1ª vez. ☐ Repetidor/a	☐ Por 1ª vez. ☐ Repetidor/a ☐ Pendientes de 1º	☐ Por 1ª vez. ☐ Repetidor/a ☐ Pendientes de 1º
☐ **1º CFGS LABORATORIO CLÍNICO Y BIOMÉDICO**	☐ **1º CFGS DOCUMENTACIÓN Y ADMINISTRACIÓN SANITARIAS**	☐ **2º CFGS LABORATORIO CLÍNICO Y BIOMÉDICO**	☐ **2º CFGS DOCUMENTACIÓN Y ADMINISTRACIÓN SANITARIAS**
☐ Por 1ª vez. ☐ Repetidor/a	☐ Por 1ª vez. ☐ Repetidor/a	☐ Por 1ª vez. ☐ Repetidor/a ☐ Pendientes de 1º	☐ Por 1ª vez. ☐ Repetidor/a ☐ Pendientes de 1º
☐ **1º CFGS IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR**	☐ **1º CFGS HIGIENE BUCODENTAL**	☐ **2º CFGS IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR**	☐ **2º CFGS HIGIENE BUCODENTAL**
☐ Por 1ª vez. ☐ Repetidor/a	☐ Por 1ª vez. ☐ Repetidor/a	☐ Por 1ª vez. ☐ Repetidor/a ☐ Pendientes de 1º	☐ Por 1ª vez. ☐ Repetidor/a ☐ Pendientes de 1º

¿Desea pertenecer al AMPA?: Sí ☐ No ☐

¿Solicita transporte escolar? **Sí** ☐

Firma

En Cuenca a ....., de ....., de 202_

De conformidad con las disposiciones de la Ley 15/1999, de 13 de Diciembre, de protección de Datos de Carácter Personal (en adelante, LOPD), la Consejería de Educación y Ciencia de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha le informa que los datos recogidos serán objeto de tratamiento automatizado y pasarán a formar parte del fichero "delphos-alumnos", inscrito ante la Agencia Española de Protección de Datos.
Dicho fichero tiene como finalidad la gestión administrativa y académica de los alumnos y el órgano responsable es la Secretaría General de Educación y Ciencia. De acuerdo con el artículo 5 de la LOPD, la Consejería de Educación y Ciencia le informa que puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante una solicitud escrita a: Secretaría General de Educación y Ciencia, Bulevar del Río Alberche s/n – 45071, Toledo.

SR./SRA. DIRECTOR/A O TITULAR DEL CENTRO DOCENTE _____