

CENTRO DE FORMACIÓN PROFESIONAL CRUZ ROJA ESPAÑOLA

IMPRESO DE MATRÍCULA

CURSO 20__ - 20__

ADSCRITO AL C.I.P.F.P. LEONARDO DA VINCI

(ESCRIBIR EN MAYÚSCULA – Si algo no se sabe, preguntar en secretaría)

| | | | |
|--------------------|----------------------|--------------------|----------------------|
| 1º APELLIDO | <input type="text"/> | 2º APELLIDO | <input type="text"/> |
| NOMBRE: | <input type="text"/> | N.I.A*: | <input type="text"/> |
| DNI-NIE: | <input type="text"/> | N.U.S.S*: | <input type="text"/> |

*NIA: Número Identificación Alumnado

*NUSS: Número Seguridad Social (como titular)

DOMICILIO _____ LOCALIDAD _____

C.P. _____ TELEF. _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

LUGAR _____ NACIONALIDAD _____ EDAD _____

CURSO EN EL QUE SE MATRICULA: (marcar dónde corresponda)

CURSO

| | | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|---------------------------|-------|--------------------------|----|--------------------------|
| CICLO FORMATIVO MEDIO: | <input type="checkbox"/> | ENFERMERÍA | 1º | <input type="checkbox"/> | 2º | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | FARMACIA | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | EMERGENCIAS SANITARIAS | | | | |
| CICLO FORMATIVO SUPERIOR: | <input type="checkbox"/> | LABORATORIO | 1º | <input type="checkbox"/> | 2º | <input type="checkbox"/> |
| TURNO QUE SOLICITA: | MAÑANA | <input type="checkbox"/> | TARDE | <input type="checkbox"/> | | |

(Solo para Farmacia y Enfermería) Se confirmará finalizado periodo de matrícula, si bien se acepta que el orden de elección será el establecido en la normativa y proyecto educativo.

| | | | | |
|--|----|--------------------------|----|--------------------------|
| TIENE EXENCIÓN DEL SEGURO ESCOLAR*..... | SÍ | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| SE MATRICULA POR PRIMERA VEZ EN EL CENTRO..... | SÍ | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| REPITE CURSO..... | SÍ | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |

ESTUDIOS APORTADOS: _____

MÓDULOS PENDIENTES:

1º _____ CURSO: _____ 4º _____ CURSO: _____

2º _____ CURSO: _____ 5º _____ CURSO: _____

3º _____ CURSO: _____ 6º _____ CURSO: _____

Quedo enterado/a que la presente inscripción está condicionada a la comprobación de los datos, de cuya veracidad me hago responsable.

*Quedan exentas del pago del seguro escolar las personas mayores de 28 años

Sello centro

Fecha:

Firma: