

DECLARACIÓN RESPONSABLE

D./D^a. _____, con DNI/NIE/Pasaporte _____ y domicilio en _____ de la localidad _____, C.P. _____ y provincia de _____.

DECLARA responsablemente que conoce y acepta la siguiente información:

- Tal y como establece La Ley de Presupuestos de la Generalitat, "las cantidades a percibir de las personas matriculadas en concepto de financiación complementaria" del centro son:
 - o En primer curso 10 mensualidades de **25,70 €** de septiembre a junio.
 - o En segundo curso 7 mensualidades de **25,70 €** de septiembre a marzo, salvo en 2º curso del CFGM de Cuidados Auxiliares de Enfermería que no hay cuota por estar realizando la FCT (*de haber modificaciones al publicarse la Ley de presupuestos 2026 o 2027 se aplicarían las mismas previo aviso*)
- Las cuotas se cargarán en la cuenta bancaria facilitada en el proceso de matriculación en los 10 días primeros del mes correspondiente **a partir de septiembre**.
- En el caso de que el alumnado no abone las cuotas mensuales indicadas, podrá suponer la **no continuidad** de sus estudios en el centro de Formación Profesional según las normas de funcionamiento del mismo, recogidas en su Reglamento de Régimen Interior. Asimismo, se podrán ejercer las acciones legales necesarias para lograr el abono de las cuotas pendientes.
- Una vez formalizada la matrícula, se devolverá el importe abonado si se da de **baja antes del día de inicio de curso**. A partir de ese día NO se devolverá ningún importe por haber dado comienzo el curso.
- Acepta las normas de funcionamiento del centro y la Resolución de 17 de abril de 2024, asumiendo que **no podrán utilizarse dispositivos móviles** durante toda la jornada, debiendo dejarlos **apagados** en el lugar que el profesorado indique. De lo contrario, se aplicarían las medidas oportunas establecidas en este reglamento interno. De optar por libros en formato electrónico, se tendrá en cuenta que el acceso a los mismos **no podrá realizarse desde dispositivos móviles**, debiendo usar, por tanto, tablets o equipos informáticos, y siempre de forma **Offline**.

En _____, a ____ de _____ de 202_.

Firma del/la alumno/a

Padre, madre o tutores legales (en menores de edad)

Alicante

C/ Glorieta de la Solidaridad 1
03005 Alicante

965 918645
cruzroja.es

fpalicante@cruzroja.es