

CENTRO DE FORMACIÓN PROFESIONAL CRUZ ROJA ESPAÑOLA

IMPRESO DE MATRÍCULA**CURSO 20__ - 20__****ADSCRITO AL I.E.S. LEONARDO DA VINCI**

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

1º APELLIDO**2º APELLIDO****NOMBRE:****N.I.A*:****DNI-NIE:****N.U.S.S*:**

DOMICILIO: _____ E-MAIL _____

LOCALIDAD: _____ TELEF: _____ C.P. _____

NACIONALIDAD: _____ EDAD: _____ FECHA NACIMIENTO: _____

PAÍS: _____ CIUDAD: _____ PROVINCIA _____

CURSO EN EL QUE SE MATRICULA:

CICLO FORMATIVO DE GRADO MEDIO EMERGENCIAS SANITARIAS SEMIPRESENCIAL

CURSO COMPLETO

1º

2º

MATRÍCULA PARCIAL (MÓDULOS A ELEGIR):

1er CURSO

- ☐ Mantenimiento Mecánico Preventivo del Vehículo
- ☐ Dotación Sanitaria
- ☐ Atención Sanitaria
- ☐ Evaluación y Traslado de Pacientes
- ☐ Apoyo Psicológico en Situaciones de Emergencia
- ☐ Anatomofisiología y Patología Básicas
- ☐ Inglés Profesional
- ☐ Itinerario para la Empleabilidad I

2º CURSO

- ☐ Logística Sanitaria en Emergencias
- ☐ Atención Sanitaria Especial
- ☐ Planes de Emergencias y Dispositivos
- ☐ Tele Emergencias
- ☐ Itinerario para la Empleabilidad II
- ☐ Sostenibilidad aplicada al sistema productivo
- ☐ Digitalización aplicada al sistema productivo
- ☐ Proyecto intermodular
- ☐ Módulo optativo: _____

PARTE PRESENCIAL TURNO QUE SOLICITA:
(Se confirmará finalizado periodo de matrícula)

MAÑANA

☐

TARDE

☐

ESTÁ EXENTO DEL SEGURO ESCOLAR (mayores 28 años)

SÍ ☐ NO ☐

SE MATRICULA POR PRIMERA VEZ EN EL CENTRO

SÍ ☐ NO ☐

REPITE CURSO

SÍ ☐ NO ☐

ESTUDIOS APORTADOS: _____

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

Sello centro

Fecha:

Firma: