

EXPTE _____

SOLICITUD TÍTULO CUIDADOS AUXILIAR DE ENFERMERIA

D/D^a _____ DNI _____

Domicilio _____

CP _____ Ciudad _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

EXPONE

Que habiendo cursado los estudios de Formación Profesional de GRADO MEDIO

Familia: **SANIDAD**
Ciclo: **CUIDADOS AUXILIAR DE ENFERMERIA**

Y teniendo aprobadas con fecha _____ las Pruebas finales de Evaluación
con NOTA MEDIA _____.

SOLICITA

Le sea expedido el TÍTULO DE TÉCNICO, en la Familia y Ciclo Formativo arriba
indicados.

Alicante, _____ de _____ de 20____
(firma del solicitante)

**Deberá adjuntar fotocopia del DNI, y si es familia numerosa o tiene alguna minusvalía
deberá acreditarlo.**