

EXPTE _____

SOLICITUD TÍTULO F.P.1

D/D^a _____ DNI _____

Domicilio _____

CP _____ Ciudad _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

EXPONE

Que habiendo cursado los estudios de Formación Profesional de PRIMER GRADO

Rama: **SANITARIA**
Profesión: **CLINICA**

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

SOLICITA

Que teniendo por presentada esta instancia con la documentación correspondiente, le sea expedido el TÍTULO AUXILIAR.

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

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