

**SOL·LICITUD DE TÍTOL CORRESPONENT A ENSENYAMENTS LOE/LOGSE/LFP**  
**SOLICITUD DE TÍTULO CORRESPONDIENTE A ENSEÑANZAS LOE/LOGSE/LFP**

**1. DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE**

COGNOMS: PRIMER \_\_\_\_\_ SEGON: \_\_\_\_\_  
APELLIDOS: PRIMERO \_\_\_\_\_ SEGUNDO \_\_\_\_\_  
NOM: \_\_\_\_\_ DNI / NIE: \_\_\_\_\_  
NOMBRE \_\_\_\_\_ DNI / NIE \_\_\_\_\_  
DOMICILI: \_\_\_\_\_ NUM.: \_\_\_\_\_ PIS: \_\_\_\_\_ TELÈFON: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO \_\_\_\_\_ NÚM. \_\_\_\_\_ PISO \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_  
LOCALITAT: \_\_\_\_\_ PROVÍNCIA: \_\_\_\_\_ C POSTAL: \_\_\_\_\_  
LOCALIDAD \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ C.POSTAL \_\_\_\_\_  
CORREU ELECTRÒNIC: \_\_\_\_\_  
CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

**2. DADES DEL CENTRE / DATOS DEL CENTRO**

CENTRE DE FINALITZACIÓ D'ESTUDIS: IES MATILDE SALVADOR Codi: 12005261  
CENTRO DE FINALIZACIÓN DE ESTUDIOS: Código:

**3. ESTUDIS CURSATS PER ALS QUALS SOL·LICITA TÍTOL / ESTUDIOS CURSADOS PARA LOS QUE SOLICITA TÍTULO**

Pose una X / Ponga una X

<input type="checkbox"/>	CFGS ANATOMIA PATOLÒGICA I CITODIAGNÒSTIC (LOE/LFP) / CFGS ANATOMIA PATOLÓGICA Y CITODIAGNÓSTICO (LOE/LFP)
<input type="checkbox"/>	CFGS ANATOMIA PATOLÒGICA I CITOLOGIA (LOGSE) / CFGS ANATOMÍA PATOLÓGICA Y CITOLOGÍA (LOGSE)
<input type="checkbox"/>	CFGS LABORATORI CLÍNIC I BIOMÈDIC (LOE/LFP) / CFGS LABORATORIO CLÍNICO Y BIOMÉDICO (LOE/LFP)
<input type="checkbox"/>	CFGS LABORATORI DIAGNÒSTIC CLÍNIC (LOGSE) / CFGS LABORATORIO DIAGNÓSTICO CLÍNICO (LOGSE)
<input type="checkbox"/>	CFGS DOCUMENTACIÓ I ADMINISTRACIÓ SANITÀRIES (LOE/LFP) / CFGS DOCUMENTACIÓN Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA (LOE/LFP)
<input type="checkbox"/>	CFGS DOCUMENTACIÓ SANITÀRIA (LOGSE) / CFGS DOCUMENTACIÓN SANITARIA (LOGSE)
<input type="checkbox"/>	CFGS PROJECTES D'EDIFICACIÓ (LOE/LFP) / CFGS PROYECTOS DE EDIFICACIÓN (LOE/LFP)
<input type="checkbox"/>	CFGM CURES AUXILIARS D'INFERMERIA (LOGSE) / CFGM CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (LOGSE)
<input type="checkbox"/>	CFGM EMERGÈNCIES SANITÀRIES (LOE/LFP) / CFGM EMERGENCIAS SANITARIAS (LOE/LFP)
<input type="checkbox"/>	CFGM FARMÀCIA I PARAFARMÀCIA (LOE/LFP) / CFGM FARMACIA I PARAFARMACIA (LOE/LFP)

Data de finalització dels estudis \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_  
Fecha de finalización de los estudios

**NOTA MITJANA/ NOTA MEDIA:** \_\_\_\_\_

Es una sol·licitud de duplicat d'un títol ja expedit SI  NO   
Es una sol·licitud de duplicado de un título expedido

Causa duplicat / Causa duplicidad

- Error detectat després entrega/ Error detectado después entrega  Destrucció/ Destrucción  
 Modificació dades per causa legal/ Modificación datos por causa legal  Deteriorament/ Deterioro  
 Pèrdua o robatori/ Pérdida o robo

**4. PAGAMENT DE TAXES/ PAGO DE TASAS**

Ha d'abonar taxa/ Ha de abonar tasa:  Si. Ordinària / Ordinaria  NO

Amb bonificació per / Con bonificación por:

- Família nombrosa general / Familia numerosa general  Discapacitat / Discapacidad  
 Família nombrosa especial / Familia numerosa especial  Altra / Otra

Castelló de la Plana, \_\_\_\_ d'\_\_\_\_ de \_\_\_\_

Signat / Firmado