



Solicitud de renuncia á matrícula no módulo de FCT

Datos do/da solicitante

Apelidos	Nome	DNI/NIE	Data de nacemento
Enderezo (rúa, número, andar, letra)			
Código postal e localidade	Provincia	Teléfono fixo	Teléfono móbil
Ciclo formativo en que está matriculado/a			

Expón

- Que en virtude do establecido na normativa ao respecto, desexa renunciar á matrícula no módulo de FCT en que está matriculado/a, para o que alega algunha das seguintes condicións (sinalar cun X e xustificar documentalmente):
 - Doenza prolongada de carácter físico ou psíquico.
 - Incorporación laboral acreditada mediante contrato de traballo.
 - Obrigas de tipo familiar xustificadas que impidan a normal dedicación aos estudos.
 - Outras de carácter análogo que a dirección do centro estime oportuno, por proposta do equipo docente.
- Que coñece que a reincorporación ás mesmas ensinanzas requirirá o establecemento dunha nova matrícula en período extraordinario, durante o mes inmediatamente anterior ao comezo do período de FCT.
- Que coñece que na referida reincorporación non se terán en conta as xornadas realizadas con anterioridade á presente solicitude de renuncia, polo que cumprirá cursar o módulo de FCT na súa totalidade.

Solicita

A renuncia á súa matrícula no módulo de FCT do ciclo formativo en que está escolarizado/a.

Lexislación aplicable:

ORDE do 12 de xullo de 2011 pola que se regulan o desenvolvemento, a avaliación e a acreditación académica do alumnado das ensinanzas de formación profesional inicial. (D.O.G. 15 de xullo de 2011)

RESOLUCIÓN do 27 de xullo de 2015, da Dirección Xeral de Educación, Formación Profesional e Innovación Educativa, pola que se ditan instrucións para o desenvolvemento dos ciclos formativos de formación profesional do sistema educativo no curso 2015/16. (D.O.G. 7 de agosto de 2015)

Fágome responsable da veracidade dos datos recollidos na presente solicitude.

Sinatura da persoa solicitante

....., de de 20....

(Para cubrir pola Administración)

Recibido	Nº de expediente Data de entrada / / Data de efectos / / Data de saída / /
Revisado e conforme	

Sr/a. Director/ora do IES/CIFP