

FCT RÉXIME **Ordinario** **Modular**
20__ / 20__
CICLO _____

ALUMNA/O

NOME E APELIDOS

EXENCIÓN (Total, parcial,...)

 Solicita

 Concedida _____

E-MAIL

TLF

CENTRO DE TRABALLO

CENTRO

RESPONSABLE

NOME:

DNI:

NIF DO CENTRO

TITOR-A:

NOME

DNI

E-MAIL

TLF

DATOS FCT

XORNADA

HORARIO

DATA DE INICIO E FIN ESTIMADAS

FALTAS - DATA FIN REAL

INICIO:

Nº FALTAS:

FIN:

DATA FIN REAL: