

<b>CURSO 2024 / 2025</b>	<b>Ciclo formativo de grao medio</b>	<b>Coidados Auxiliares de Enfermería (DUAL)</b>	
--------------------------	--------------------------------------	---	--

<b>1º APELIDO</b>	<b>2º APELIDO</b>	<b>NOME</b>	<b>DNI</b>

<b>Enderezo</b>	<b>Localidade</b>	<b>Código postal</b>	<b>Provincia</b>

<b>Data de nacemento</b>	<b>Lugar de nacemento</b>	<b>Provincia</b>	<b>Nacionalidade</b>

<b>Tño alumno</b>	<b>Tños de urxencia</b>	<b>Correo electrónico alumno</b>

<b>Empresa</b> (no caso de existir máis dun proxecto de formación profesional para o mesmo ciclo no mesmo centro)

<b>1º CURSO</b>
<input type="checkbox"/> MATRÍCULA COMPLETA 1º CURSO

<b>NOME DOS MÓDULOS</b>			<b>SESIÓNS SEMANAIS</b>	<b>HORAS TOTAIS</b>
CM0305	<b>1º CURSO</b>	Operacións administrativas e documentación sanitaria	<b>3</b>	
CM0310		Técnicas básicas de enfermería	<b>11</b>	
CM0304		Hixiene do medio hospitalario e limpeza do material	<b>5</b>	
CM0308		Promoción da saúde e apoio psicolóxico ó paciente	<b>3</b>	
CM0311		Técnicas de axuda odontolóxica / estomatolóxica	<b>6</b>	
CM0RET		Relacións no equipo de traballo	<b>1</b>	
CM0FOL		Formación e orientación laboral	<b>3</b>	
MP1996		Inglés	<b>2</b>	

<b>NOME DO MÓDULO DO QUE SOLICITA CONVALIDACIÓN</b>	<b>DOCUMENTACIÓN APORTADA</b>

<b>OBSERVACIÓNS:</b>

D. Dª ..... **manifesta** seren certos os datos reseñados e **solicita ser matriculado** no Ciclo Formativo.

Sinatura do alumno/a ou representante

Burela, a ..... de ..... de 2024  
selo do centro