



Solicitud de traslado de matrícula

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			
Centro onde está escolarizado			
Cidade e comunidade autónoma			

Expón

Que en virtude do establecido na normativa ao respecto, solicita o traslado de matrícula, para o que alega algunha das seguintes circunstancias:

- Doenza grave de carácter físico ou psíquico, tanto do alumno ou da alumna como de familiares ata o primeiro grao de consanguinidade ou afinidade.
- Incorporación a un posto de traballo mediante un contrato de duración superior a dous meses, que impida de xeito presencial os estudos no centro onde estea matriculado.
- Desprazamento a diferente localidade do pai, da nai ou da persoa que exerza a tutoría legal, con quen conviva a persoa solicitante.

NOTA: É PRECISO PRESENTAR XUSTIFICACIÓN DOCUMENTAL

Solicita

O traslado de matrícula

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)

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

.... / /

Revisado e
conforme

Data de efectos

.... / /

Data de saída

.... / /

Sr/a. Director/a do CIFP Rodolfo Ucha Piñeiro



XUNTA
DE GALICIA

CONSELLERÍA DE CULTURA,
EDUCACIÓN, FORMACIÓN
PROFESIONAL E UNIVERSIDADES