

**CICLOS FORMATIVOS EN RÉGIMEN DE EDUCACIÓN A
DISTANCIA**

| | | | |
|-------------------------|---|---------------|-------------------|
| DATOS DEL CENTRO | CENTRO DONDE SE MATRICULA | | |
| | DOMICILIO DEL CENTRO | | NÚMERO |
| | CÓDIGO POSTAL | PROVINCIA | LOCALIDAD |
| | NO RELLENAR LAS CASILLAS SOMBRADAS | | |
| | Nº MATRÍCULA | Nº EXPEDIENTE | CÓDIGO DEL CENTRO |

| | | | | |
|--|---|---|--|----------------|
| DATOS DEL SOLICITANTE | APELLIDOS | | NOMBRE | DNI / NIE |
| | DOMICILIO C/ nº piso letra/escalera | | | |
| | C.P. Provincia: | | Localidad: | |
| | CORREO ELECTRÓNICO (Indique su email con la máxima legibilidad posible) | | TELÉFONO FJO | TELÉFONO MÓVIL |
| | FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa) | SEXO (marcar con una X) <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER | TRABAJA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | |
| | DATOS DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A (Rellenar solo en el caso de que el alumno/la alumna sea menor de edad) | | | |
| | APELLIDOS | | NOMBRE | DNI / NIE |
| DOMICILIO C/ nº piso letra/escalera | | | | |
| C.P. Provincia: | | Localidad: | | |
| CORREO ELECTRÓNICO (indique su email con la mayor legibilidad posible) | | TELÉFONO FIJO | TELÉFONO MÓVIL | |

| | | | |
|---------------------------|---|--|--|
| DATOS DE MATRÍCULA | SE MATRICULA POR 1ª VEZ EN ESTE CENTRO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | ACCEDE MEDIANTE PRUEBA DE ACCESO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | PAGA SEGURO ESCOLAR (menor de 28 años) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| | MÓDULOS EN LOS QUE SOLICITA MATRÍCULA EN 1ª OPCIÓN (El resultado de la suma de las horas asignadas a los módulos solicitados no podrá ser superior a 1000 h) | | MÓDULOS EN LOS QUE SOLICITA MATRÍCULA EN 2ª OPCIÓN POR ORDEN DE PREFERENCIA (Se le matricularía en caso de no lograr plaza en los solicitados en 1ª opción) |
| | 1 | h | 1º |
| | 2 | h | 2º |
| | 3 | h | 3º |
| | 4 | h | 4º |
| | 5 | h | 5º |
| | 6 | h | 6º |
| | 7 | h | 7º |
| | 8 | h | 8º |
| 9 | h | 9º | |
| SUMA TOTAL HORAS | | h | 10º |

| DATOS DE CARÁCTER PERSONAL | INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS | |
|----------------------------|--|--|
| | Responsable | Dirección General de Formación Profesional, Régimen Especial y Equidad Educativa |
| | Finalidad | Gestionar la admisión y matriculación de alumnado en enseñanzas para personas adultas |
| | Legitimación | Cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos |
| | Destinatarios | No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal |
| | Derechos | Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos recogidos en la información adicional |
| | Información adicional | Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en la Sede Electrónica (https://www.tramitacastillayleon.jcyl.es) y en la web temática de Aprendizaje a lo Largo de la Vida del Portal de Educación de la Junta de Castilla y León (https://www.educa.jcyl.es/adultos) |

Para cualquier consulta relacionada con la materia del procedimiento o sugerencia para mejorar este impreso puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012 (para llamadas desde fuera de la Comunidad de Castilla y León: 983 327 850).

En, a de
..... de

El/la solicitante

Padre, Madre o tutor/a legal
(En caso de que el/la solicitante sea menor de edad)

Fdo.:

Fdo.:

SR./A DIRECTOR/A DEL CENTRO _____

(Denominación específica del Centro donde desea matricularse)