

<b>DATOS DEL CENTRO</b>	Centro docente donde se matricula		Dirección del centro docente	
	Localidad		Provincia	Código Postal
	Nº Matrícula <i>(a cumplimentar por el centro)</i>	Nº Expediente <i>(a cumplimentar por el centro)</i>	Código del centro <i>(a cumplimentar por el centro)</i>	

<b>DATOS PERSONALES</b>	Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		DNI/NIE
	Fecha de nacimiento <i>(dd/mm/aaaa)</i>		Varón <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	Nacionalidad		Nº Seguridad Social	
	Domicilio			Localidad		Provincia	
	Código postal	Correo electrónico		Teléfono móvil		Teléfono fijo	

<b>DATOS FAMILIARES</b>	<i>Cumplimentar en el caso de que el alumno/a sea menor de edad</i>				
	Nombre y apellidos del padre o tutor		DNI/NIE	Teléfono	Correo electrónico
	Nombre y apellidos de la madre o tutora		DNI/NIE	Teléfono	Correo electrónico

<b>DATOS ACADÉMICOS</b>	Últimos estudios realizados		Curso académico	Forma de acceso al ciclo: Prueba de acceso <input type="checkbox"/> Acceso directo <input type="checkbox"/>	
	<b>Centro docente donde estudió el curso anterior</b> <i>(en caso de no ser alumno del centro donde se matricula)</i>				
	Centro docente		Localidad	Provincia	

<b>DATOS DE MATRÍCULA</b>	Se matricula por primera vez en este centro: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Paga seguro escolar (menor de 28 años): Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Repite curso Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Módulos pendientes Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Módulos pendientes de primer curso:				Módulos pendientes de segundo curso:				
	<b>Estudios para los que solicita matrícula</b>								
	Denominación del ciclo formativo					Grado	Curso	Turno	
	¿Solicita exención del módulo profesional de FCT? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				¿Solicita convalidación de módulos profesionales? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
	¿Solicita traslado de las calificaciones obtenidas en módulos profesionales superados? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				Módulos profesionales que solicita:				

En ..... a ..... de ..... de 20 .....

Firma del padre/madre/tutor/tutora (menor de edad)

Firma del alumno/a

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS	
<b>Responsable</b>	Dirección General de Formación Profesional y Régimen Especial.
<b>Finalidad</b>	Matriculación del alumnado para cursar Formación Profesional Inicial.
<b>Legitimación</b>	Cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos.
<b>Destinatarios</b>	No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal.
<b>Derechos</b>	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos recogidos en la información adicional.
<b>Información adicional</b>	Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en la Sede Electrónica <a href="https://www.tramitacastillayleon.jcyl.es">https://www.tramitacastillayleon.jcyl.es</a> y en el Portal de Educación <a href="http://www.educa.jcyl.es/fp/es">http://www.educa.jcyl.es/fp/es</a> .

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).

**SR/A. DIRECTOR/A O TITULAR DEL CENTRO DOCENTE**