

| | | | | |
|-------------------------|--|---|---|---------------|
| DATOS DEL CENTRO | 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> | |

| | | | | | |
|-------------------------|---|--------------------|---|---------------|---------------------|
| DATOS PERSONALES | 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 | |

| | | | | |
|-------------------------|---|---------|----------|--------------------|
| DATOS FAMILIARES | <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 |

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

| | | | | | |
|---------------------------|---|--|---|---|-------|
| DATOS DE MATRÍCULA | 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 | | |
| | Estudios para los que solicita matrícula | | | | |
| | 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? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | |

En a de de 20

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

Firma del alumno/a

| INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS | |
|--|---|
| Responsable | Dirección General de Formación Profesional y Régimen Especial. |
| Finalidad | Matriculación del alumnado para cursar Formación Profesional Inicial. |
| 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 el Portal de Educación http://www.educa.jcyl.es/fp/es . |

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

| | | | | |
|-------------------------|--|---|---|---------------|
| DATOS DEL CENTRO | 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> | |

| | | | | | | | |
|-------------------------|---|--------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------|---------------------|---------|
| DATOS PERSONALES | 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 | |

| | | | | | |
|-------------------------|---|--|---------|----------|--------------------|
| DATOS FAMILIARES | <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 |

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

| | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|--|--|--|---|-------|---|-------|--|
| DATOS DE MATRÍCULA | 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 | | | | |
| | Estudios para los que solicita matrícula | | | | | | | | |
| | 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? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | |

En a de de 20

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

Firma del alumno/a

| INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS | |
|--|---|
| Responsable | Dirección General de Formación Profesional y Régimen Especial. |
| Finalidad | Matriculación del alumnado para cursar Formación Profesional Inicial. |
| 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 el Portal de Educación http://www.educa.jcyl.es/fp/es . |

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