



Cofinanciado por la Unión Europea



Fondos Europeos



Consejería de Educación, Ciencia y Formación Profesional

**ANEXO XV
SOLICITUD DE ANULACIÓN DE MATRÍCULA**

1. Datos personales							
Apellido 1º		Apellido 2º		Nombre			
D.N.I. o equivalente		Fecha de nacimiento		Lugar de nacimiento		Sexo V <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Nº Seguridad Social		Persona con discapacidad igual o mayor del 33% <input type="checkbox"/>			Nacionalidad		
¿Trabaja actualmente? <input type="checkbox"/> Sí/ <input type="checkbox"/> No		País donde realizó los estudios previos:					
Teléfonos		Email			Domicilio: calle/plaza/avenida. nº		
Código postal		Localidad			Provincia		
2. Datos personales del padre/tutor de la persona solicitante							
Apellidos y Nombre					D.N.I.		
Teléfono				Email			
3. Datos personales de la madre/tutora de la persona solicitante							
Apellidos y Nombre					D.N.I.		
Teléfono				Email			

EXPONE:

Que en el curso académico 20__ - 20__ se ha matriculado en el centro _____, de la localidad _____ en el Ciclo Formativo de Grado Básico denominado: _____

SOLICITA:

La anulación a la matrícula, conforme al artículo 34 de la Orden del 9 de mayo del 2024.

En _____ a _____ de _____ de 20__

Firmado por el/la solicitante: _____

SR./SRA. DIRECTOR/A DEL CENTRO EDUCATIVO **RESUELVE:**

En _____ a _____ de _____ de 20__

(sello y firma)