

**ANEXO XV
SOLICITUD DE TRASLADO DE MATRICULA ENSEÑANZAS DE FORMACIÓN
PROFESIONAL GRADO C.
FUERA DEL PROCESO DE ADMISIÓN
CURSO 2024/2025**

NOTA: La firma de esta solicitud la realizan, en su caso, los padres, madres o personas que ejerzan la tutoría legal para menores de edad y para aspirantes de la modalidad específica.

I. DATOS PERSONALES			
Primer apellido:	Segundo apellido:	Nombre:	
D.N.I./N.I.E.:	Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:	Sexo V <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
N.º 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:	
Teléfono/s:	Correo electrónico:	Domicilio:	
Código postal:	Localidad:	Provincia:	
II. DATOS PERSONALES DEL PADRE/MADRE/TUTOR/A DE LA PERSONA SOLICITANTE SI ES MENOR DE EDAD			
Apellidos y nombre:		D.N.I./N.I.E.:	
Teléfono/s:		Correo electrónico:	
Datos de solicitud de traslado de matrícula:			
Centro:		Localidad:	
III. ENSEÑANZA			
Certificado profesional:			
Código:			
Modalidad:			
IV. SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA			
La persona abajo firmante DECLARA que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud, así como la documentación adjunta y SOLICITA ser matriculada en las enseñanzas a las que se refiere la presente solicitud.			
En _____, a ____ de _____ de 20__		Fecha de entrada en el registro y sello del centro ____ de ____ de 20__	
Firma del solicitante			
Fdo.: _____			
SR./A. DIRECTOR/A DEL CENTRO			
(Denominación del Centro en el que presenta la solicitud de admisión)			

Csv:	FDJEXKZLP69LVTZGTZNKPEHJDA45U4	Fecha	14/06/2024 09:18:40
Firmado Por	PEDRO ANTONIO PEREZ DURAN - El D.g. Form. Prof. Innov. E Inclus. Edu		
Url De Verificación	https://sede.gobex.es/SEDE/csv/codSeguroVerificacion.jsf	Página	34/34

