

ANEXO VII. ADMISIÓN ENSEÑANZAS ADULTOS.

IMPRESO DE MATRÍCULA EN ENSEÑANZAS SECUNDARIA OBLIGATORIA PARA PERSONAS ADULTAS. ANTIGUOS ALUMNOS CON DERECHO A PERMANENCIA - CURSO 2017/2018

Adjunte a esta solicitud una fotocopia del DNI, certificación académica del último Centro Educativo donde haya cursado estudios y DOS fotografías de carné

Modalidad Presencial
Marque UNA opción para elegir turno

- Mañana (sólo puedo asistir por la mañana)
 Tarde (sólo puedo asistir por la tarde)
 Cualquiera (puedo asistir en cualquier turno)

DATOS DEL CENTRO	
Centro	Aula
Domicilio del centro	
Localidad	Provincia

DATOS DEL ALUMNO (rellene TODOS los campos)				
Primer apellido		Segundo apellido		Nombre
D.N.I./N.I.E.		Letra NIF	Domicilio	
Código Postal		Teléfono/s		Correo electrónico (OBLIGATORIO)
Localidad			Provincia	País
Sexo H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Fecha de nacimiento		Lugar de nacimiento
Provincia de nacimiento		País	¿Ha estado matriculado en este centro? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
				¿Cambia de modalidad? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Debe abonar seguro escolar por ser menor de 28 años? * <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO				

ENSEÑANZAS PARA LAS QUE SOLICITA ADMISIÓN	Modalidad Presencial				Modalidad Semipresencial			
	Nivel I		Nivel II		Nivel I		Nivel II	
	Módulo I	Módulo II	Módulo I	Módulo II	Módulo I	Módulo II	Módulo I	Módulo II
COMUNICACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CIENTIFICO-TECNOLOGICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOCIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El alumno cursará los distintos ámbitos en su orden lógico. De esta manera, se matriculará en el primer cuatrimestre (y por cada ámbito) en el módulo que corresponda al curso inferior que aún no haya superado.

En caso de suspender dos más ámbitos, REPETIRÁ curso en el segundo cuatrimestre.

En cualquier caso, el límite de módulos de los que podrá matricularse en cada curso académico (que incluye los dos cuatrimestres) se establece en SEIS.

MODO DE ACCESO A LAS ENSEÑANZAS
Marcar con una cruz la casilla o casillas que procedan <input type="checkbox"/> Ha realizado estudios a distancia en este centro. <input type="checkbox"/> Accede a este centro por traslado de expediente desde otro centro. <input type="checkbox"/> Convalida estudios realizados en el extranjero, adjuntando credencial de convalidación o justificante de solicitud <input type="checkbox"/> Solicita reconocimiento de la formación reglada o validación de aprendizajes no formales.

DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA	
<p>NO AUTORIZO, al a Administración educativa a recabar:</p> <input type="checkbox"/> la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Identidad y aporta fotocopia compulsada del DNI/NIE. <input type="checkbox"/> Información académica de los registros automatizados del sistema de gestión de Rayuela. <p>CERTIFICADO DE DEPORTISTA DE ALTO RENDIMIENTO</p> <input type="checkbox"/> Se adjunta acreditación <input type="checkbox"/> No se adjunta acreditación de acuerdo con la Resolución de la Dirección General de Deporte.	<p>APORTO:</p> <input type="checkbox"/> Acreditación discapacidad. <input type="checkbox"/> Acreditación de necesidad inserción laboral <input type="checkbox"/> Contrato laboral <input type="checkbox"/> Documentos acreditativos del reconociendo de la formación reglada <input type="checkbox"/> Documentos acreditativos de la validación de aprendizajes no formales. <input type="checkbox"/> Otros. Indicar _____

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 admitida en las enseñanzas a que se refiere la presente solicitud.	
En _____, a _____ de _____ de 2017 Firma del solicitante Fdo.: _____ SR./A. DIRECTOR/A DEL CENTRO CEPA ANTONIO MACHADO (ZAFRA) (Denominación del Centro en el que presenta la solicitud de admisión)	Fecha de entrada en el registro y sello del centro _____ de _____ de 2017

PROTECCIÓN DE DATOS. En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Educación y Empleo le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/Impreso/formulario y demás documentos que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la expedición del Título, certificaciones y el análisis estadístico de los resultados. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito a la Dirección del centro educativo o ante la Secretaría General de Educación (Avda. Valhondo s/n, Mérida III Milenio, Módulo 5- 4ª planta, 06800 Mérida)