

Indique su situación laboral (obligatorio) → Marque UNA opción

Activo con contrato de trabajo  Desempleado  Jubilación  Otros

**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

(pegue aquí una foto)

**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: CENTRO EPA ANTONIO MACHADO Aula: \_\_\_\_\_

Domicilio del centro: BARRIADA DE LA CONSTITUCIÓN, 17

Localidad: ZAFRA Provincia: BADAJOZ

**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  M  Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_

Provincia de nacimiento \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_ ¿Ha estado matriculado en este centro? Sí  No  ¿Cambia de modalidad? Sí  No

¿Debe abonar seguro escolar por ser menor de 28 años? \*  Sí  NO

ÁMBITO	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

Ha realizado estudios a distancia en este centro.

Accede a este centro por traslado de expediente desde otro centro.

Convalida estudios realizados en el extranjero, adjuntando credencial de convalidación o justificante de solicitud

Solicita reconocimiento de la formación reglada o validación de aprendizajes no formales.

**DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA**

**NO AUTORIZO**, al a Administración educativa a recabar:

la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Identidad y aporta fotocopia compulsada del DNI/NIE.

Información académica de los registros automatizados del sistema de gestión de Rayuela.

**CERTIFICADO DE DEPORTISTA DE ALTO RENDIMIENTO**

Se adjunta acreditación

No se adjunta acreditación de acuerdo con la Resolución de la Dirección General de Deporte.

**APORTO:**

Acreditación discapacidad.

Acreditación de necesidad inserción laboral

Contrato laboral

Documentos acreditativos del reconociendo de la formación reglada

Documentos acreditativos de la validación de aprendizajes no formales.

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)

Fondo Social Europeo



“Una manera de hacer Europa”