

**Solicitud de renuncia á matrícula no módulo de FCT**

DATOS DO SOLICITANTE			
Apelidos	Nome	DNI/NIE	Data nacemento
Enderezo (rúa, número, andar, letra)			
Código postal e localidade	Provincia	Teléfono fixo	Teléfono móbil
Ciclo formativo no que está matriculado/a			
<b>EXPÓN:</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Que en virtude do establecido na normativa ao respecto, desexa renunciar á matrícula no módulo de FCT en que está matriculado/a, para o que alega algunha das seguintes condicións (sinalar cun X e xustificar documentalmete):</li> </ul>			
<input type="checkbox"/>	Doenza prolongada de carácter físico ou psíquico.		
<input type="checkbox"/>	Incorporación laboral acreditada mediante contrato de traballo.		
<input type="checkbox"/>	Obrigas de tipo familiar xustificadas que impidan a normal dedicación aos estudos.		
<input type="checkbox"/>	Outras de carácter análogo que a dirección do centro estime oportuno, por proposta do equipo docente.		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Que coñece que a reincorporación ás mesmas ensinanzas requirirá o establecemento dunha nova matrícula en período extraordinario, durante o mes inmediatamente anterior ao comezo do período de FCT.</li> <li>Que coñece que na referida reincorporación non se terán en conta as xornadas realizadas con anterioridade á presente solicitude de renuncia, polo que cumprirá cursar o módulo de FCT na súa totalidade.</li> </ul>			
<b>SOLICITA: a renuncia á súa matrícula no módulo de FCT do ciclo formativo en que está matriculado/a.</b>			
<b>RELACIÓN DE DOCUMENTACIÓN ANEXA:</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>-----</li> <li> </li> </ul>			
<b>Lexislación aplicable:</b>		<b>(Para cubrir pola Administración)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Orde do 28 de febreiro de 2007 pola que se regula o módulo profesional de formación en centros de traballo da formación profesional inicial, para o alumnado matriculado en centros educativos da Comunidade Autónoma de Galicia (DOG do 8 de marzo).</li> </ul>		Recibido	Nº de expediente .....  Data de entrada .... / .... / ....
<b>Fágome responsable da veracidade dos datos recollidos na presente solicitude.</b> Sinatura da persoa solicitante:     En....., ..... de ..... de 20.....		Revisado e conforme	Data de efectos .... / .... / ....  Data de saída .... / .... / ....
<b>Dirección do CIFP:</b>			