



SOLICITUD

ANULACIÓN DE MATRÍCULA DE LOS CURSOS DE ESPECIALIZACIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL

Ordende de de (BOJA nº de fecha)

1 DATOS DEL SOLICITANTE					
APELLIDOS :			NOMBRE:		
D.N.I. O PASAPORTE:		FECHA DE NACIMIENTO:		TELÉFONO:	
DOMICILIADO EN CALLE/PLAZA/AVENIDA:			Nº:	PORTAL:	PLANTA:
LOCALIDAD:			PROVINCIA:		
CURSA ESTUDIOS EN EL CENTRO:			DENOMINACIÓN DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN:		
LOCALIDAD DEL CENTRO:			PROVINCIA DEL CENTRO:		

2 CIRCUNSTANCIAS QUE MOTIVAN LA SOLICITUD
<input type="checkbox"/> Enfermedad prolongada o accidente del alumno o alumna. <input type="checkbox"/> Incorporación o desempeño de un puesto de trabajo en un horario incompatible con las enseñanzas del curso de especialización. <input type="checkbox"/> Por cuidado de hijo o hija menor de 16 meses o por accidente grave, enfermedad grave y hospitalización del cónyuge o análogo y familiares hasta el segundo grado de parentesco por consanguinidad o afinidad.

3 DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA
<input type="checkbox"/> Certificado médico oficial con expresión de la fecha y duración de la inhabilitación. <input type="checkbox"/> Justificante de cotización en el Régimen General o cualquiera de los Regímenes Especiales de cotización de la Seguridad Social o de la Mutualidad a la que se encuentre afiliado, o informe de vida laboral. <input type="checkbox"/> Otra documentación acreditativa.

Por el presente escrito el/la solicitante manifiesta su deseo de anular dicha matriculación y por tanto, dejarla sin efecto a partir de la fecha en que se realice resolución sobre esta petición.

En a de de 20

Fdo.:





4	RESOLUCIÓN (A rellenar por la Administración)
D/D ^a Director/Directora del centro localidad..... vista la solicitud presentada por el interesado/a, RESUELVE: <input type="checkbox"/> Favorablemente lo solicitado y dejar sin efecto, a partir de esta fecha, la referida matriculación. <input type="checkbox"/> Desfavorablemente sobre lo solicitado y mantener a todos los efectos la referida matriculación, En a de de 20 <p style="text-align: center;">EL/LA DIRECTOR/A.</p> <p style="text-align: center;">Fdo.:</p>	

SR./SRA. DIRECTOR/DIRECTORA DEL CENTRO

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 le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás 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 gestión y control de las anulaciones de matrícula en cursos de especialización y la elaboración de informes estadísticos.
 De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Dirección General de Formación Profesional y Educación Permanente. Consejería de Educación. C/ Juan Antonio de Vizarrón, s/n. Edificio Torretriana 41071 Sevilla.

