

**ANULACIÓN DE MATRÍCULA DE LOS CICLOS FORMATIVOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL**

Orden de ..... de ..... de ..... (BOJA nº ..... de fecha ..... )

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

<b>2 CIRCUNSTANCIAS QUE MOTIVAN LA SOLICITUD</b>	
<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 ciclo formativo.
<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.

<b>3 DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA</b>	
<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 e/la solicitante manifiesta su deseo de anular dicha matrícula y por tanto, dejarla sin efecto a partir de la fecha en se realice resolución sobre esta petición.

En ..... a ..... de ..... de 20 .....

Fdo.: .....



<b>4</b>	<b>RESOLUCIÓN</b> (A rellenar por la Administración)
----------	--

D/Dª ..... , Director/Directora del centro .....  
 ..... , localidad ..... vista la  
 solicitud presentada por el interesado/a.

**RESUELVE:**

Favorablemente lo solicitado y dejar sin efecto, a partir de esta fecha, la referida matriculación.

Desfavorablemente sobre lo solicitado y mantener a todos los efectos la referida matriculación,

.....  
 .....  
 .....

En ..... a ..... de ..... de 20 .....

EL/LA DIRECTOR/A.

Fdo: .....

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 ciclos formativos 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 Torrebriana 41071 Sevilla.