



## Solicitud de renuncia á matrícula no módulo de FCT

### Datos do/da solicitante

Apelidos	Nome	DNI/NIE	Data de nacemento
Enderezo (rúa, número, andar, letra)			
Código postal e localidade	Provincia	Teléfono fixo	Teléfono móbil
Ciclo formativo en que está matriculado/a			

### Expón

- 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 documentalmente):
  - Doenza prolongada de carácter físico ou psíquico.
  - Incorporación laboral acreditada mediante contrato de traballo.
  - Obrigas de tipo familiar xustificadas que impidan a normal dedicación aos estudos.
  - Outras de carácter análogo que a dirección do centro estime oportuno, por proposta do equipo docente.
- 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.
- 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.

### Solicita

A renuncia á súa matrícula no módulo de FCT do ciclo formativo en que está escolarizado/a.

#### Lexislación aplicable:

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).

Fágome responsable da veracidade dos datos recollidos na presente solicitude.

Sinatura da persoa solicitante

A Coruña de de 2024

#### (Para cubrir pola Administración)

Recibido

Revisado e conforme

Nº de expediente

.....

Data de entrada

.... / .... / ....

Data de efectos

.... / .... / ....

Data de saída

.... / .... / ....

Sr/a. Director/ora do CIFP Anxel Casal / Monte Alto