

Anexo II

CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN

DELEGACIÓN PROVINCIAL DE EDUCACIÓN DE _____

SOLICITUD ÚNICA DE ADMISIÓN EN CENTROS DOCENTES SOSTENIDOS CON FONDOS PÚBLICOS A CICLOS FORMATIVOS DE GRADO SUPERIOR

1.- Datos personales del solicitante:

Apellido 1º	Apellido 2º	Nombre	D.N.I. o equivalente
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:		Sexo V <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Nacionalidad	Teléfonos	Correo electrónico:	
Domicilio: Calle/plaza/avenida. nº	Código postal	Localidad	Provincia
Persona con discapacidad mayor 33% <input type="checkbox"/>			

2.- Vías de Acceso:

Directo

Titulación según el Artículo 7 a (Bachillerato o equivalente)	Nota media
Titulación según el Artículo 7. b (Formación Profesional)	Nota media
Titulación según el Artículo 7 c (Título Universitario)	Nota media
Modalidad (Para COU, Bachillerato Ver Anexo III a)	
Asignaturas optativas (Para COU, Bachillerato Ver Anexo III a).	
1.-	2.-
3.-	4.-
5.-	6.-

Mediante Prueba

Para los que superaron la Prueba en Extremadura:		
Año de superación de la prueba:	Opción por la que se presentó: (Ver Anexo XVI)	
Para los que superaron la prueba fuera de Extremadura: ciclos formativos a los que tiene acceso según la prueba realizada:		
1.-	2.-	3.-
4.-	5.-	6.-
7.-	8.-	9.-
Calificación de la prueba de Acceso.	<input type="checkbox"/> Apto	<input type="checkbox"/> Nota Media:
Meses de experiencia laboral relacionada con ciclo formativo que se desea cursar. Art. 9	Meses :	
Meses de experiencia laboral en cualquier sector productivo. Artículo 9	Meses :	

3.- Documentación acreditativa:

<input type="checkbox"/> DNI o documento legal equivalente	<input type="checkbox"/> Título
<input type="checkbox"/> Certificación Académica o libro de calificaciones.	<input type="checkbox"/> Certificado de Prueba de Acceso
<input type="checkbox"/> Acreditación de experiencia laboral.	<input type="checkbox"/> Condición de minusválido con grado igual o superior al 33%
<input type="checkbox"/> Homologación de estudios extranjeros.	

4.- Ciclos de Grado Superior y centros que solicita por orden de preferencia:

Nº	Ciclo Formativo		Centro Educativo	
	Clave	Denominación	Localidad	Nombre del Centro
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				

5.- Turno de preferencia:

En los ciclos formativos que se ofertan en varios turnos en el mismo centro prefiero el :	<input type="checkbox"/> Diurno
	<input type="checkbox"/> Vespertino

En _____, a ____ de _____ de 2008

Firma del solicitante

SR/A. DIRECTOR/A DEL CENTRO _____

Denominación del Centro en el que presenta la solicitud de admisión.

Se informa al interesado/a que suscriba la presente solicitud que los datos de carácter personal que haga constar en el presente impreso serán objeto de tratamiento automatizado a los fines de tramitar su solicitud por parte de la administración pública educativa, adoptándose las medidas oportunas para asegurar un tratamiento confidencial de los mismos. La cesión de datos de carácter personal se hará en la forma y con las limitaciones y derechos que otorga la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

El interesado/a podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y/o oposición contemplados en la citada ley, ante la Dirección General de Política Educativa (C/ Delgado Valencia, nº 6, 06800 Mérida).

