

SOLICITUD DE RENUNCIA A MÓDULOS PROFESIONALES DE FORMACIÓN PROFESIONAL
(Según recoge el Capítulo VII-Art.30.1-ORDEN EDU/2169/2008, de 15 de diciembre.)

D/D^a _____

D.N.I. _____ Teléfono a efectos de comunicación: _____

Domicilio _____

Población _____ Provincia _____ Código Postal _____

EXPONE:

1. Que acredita una situación personal de:

- Enfermedad prolongada o accidente del alumno
- Incorporación a un puesto de trabajo en un horario incompatible con las enseñanzas del ciclo
- Obligaciones de tipo personal o familiar que impidan la normal dedicación al estudio
- Otras circunstancias extraordinarias apreciadas por el director del centro donde curso el ciclo formativo.

2. Que está matriculado en el Centro: "CENTRO DE ENSEÑANZA GREGORIO FERNÁNDEZ "

Localidad VALLADOLID Provincia VALLADOLID

En el Ciclo Formativo: _____

Grado Medio

Grado Superior

SOLICITA:

La anulación de las convocatorias que se señalan para los módulos que se indican:

Módulo	Convocatoria (s)	
.....	<input type="checkbox"/> 1 ^a Final	<input type="checkbox"/> 2 ^a Final
.....	<input type="checkbox"/> 1 ^a Final	<input type="checkbox"/> 2 ^a Final
.....	<input type="checkbox"/> 1 ^a Final	<input type="checkbox"/> 2 ^a Final
.....	<input type="checkbox"/> 1 ^a Final	<input type="checkbox"/> 2 ^a Final
.....	<input type="checkbox"/> 1 ^a Final	<input type="checkbox"/> 2 ^a Final
.....	<input type="checkbox"/> 1 ^a Final	<input type="checkbox"/> 2 ^a Final

Presenta la siguiente documentación:

- Certificación de matrícula de los estudios de Formación Profesional que está cursando.
- Fotocopia del Documento Nacional de Identidad.
- Certificación de la Tesorería General de la Seguridad Social o de la mutualidad laboral a la que estuviera afiliado, donde conste la empresa, la categoría laboral y el período de contratación, o en su caso el periodo de cotización en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos o de cualquier otro medio de prueba admitido en derecho (si el motivo es laboral).
- Certificación de la empresa donde realice su practica laboral, en la que conste específicamente la duración del contrato. En el caso de trabajadores por cuenta propia, certificación de alta en el Impuesto de Actividades Económicas y justificantes de pago en dicho impuesto (si el motivo es laboral).
- Otras (certificados médicos, etc.) (Especificar y acreditar cuáles).

_____, a _____ de _____ de _____

FIRMA

DR. DIRECTOR DEL _____