

SOLICITUD DE RENUNCIA A MÓDULOS PROFESIONALES DE FORMACIÓN PROFESIONAL

(Según recoge la ORDEN EDU/1575/2024, de 23 de diciembre, por la que se regula el proceso de evaluación del alumnado que curse enseñanzas de grados D y E del sistema de formación profesional en la Comunidad de Castilla y León en su Artículo 6. Renuncia a la convocatoria de evaluación y anulación de matrícula).

D/D^a _____

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

Domicilio _____

Población _____ Provincia _____ Código Postal _____

EXPONE:

Que acredita una situación personal de:

- Enfermedad prolongada de carácter físico o psíquico.
- Discapacidad
- Incorporación a un puesto de trabajo
- Obligaciones de tipo personal o familiar que impidan la normal dedicación al estudio, incluidas las derivadas del parto en los dos años siguientes a este.
- Embarazo u otras razones que condicionen o impidan el seguimiento o aprovechamiento ordinario de la formación.

Que está matriculado/a 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
-----	<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 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 período 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 práctica 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).

En _____, a ____ de ____ de ____
FIRMA

DRA. DIRECTORA DEL CPrFP GREGORIO FERNÁNDEZ

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Conforme a la normativa vigente en materia de protección de datos, le informamos de que el responsable del tratamiento de sus datos es CENTRO DE ENSEÑANZA GREGORIO FERNÁNDEZ. Sus datos serán tratados con la finalidad de gestionar su relación con el centro y de tramitar su solicitud de exención del módulo profesional.

La legitimación del tratamiento de sus datos deriva de la ejecución de un contrato de prestación de servicios, del consentimiento explícito del interesado y en cumplimiento de las obligaciones legales que nos afectan. No se cederán sus datos a terceros, salvo obligación legal.

Sus derechos de acceso, rectificación y supresión, así como otros derechos que tiene reconocidos, puede ejercitarlos en la dirección centro@gregoriofer.com. Puede consultar la información adicional y detallada sobre nuestra Política de Protección de Datos solicitándola en la secretaría del Centro.