

SOLICITUD CAMBIO DE GRUPO

(Información a cumplimentar por el/la interesado/a)

1 DATOS DEL SOLICITANTE					
APELLIDOS :		NOMBRE:		D.N.I. O PASAPORTE:	
FECHA DE NACIMIENTO Y LUGAR:		TELÉFONOS FIJO Y MÓVIL:		CORREO ELECTRÓNICO:	
DOMICILIADO EN CALLE/PLAZA/AVENIDA:			Nº:	PORTAL:	PLANTA:
LOCALIDAD:			PROVINCIA:		
CURSA ESTUDIOS EN EL CENTRO:		LOCALIDAD DEL CENTRO:		PROVINCIA DEL CENTRO:	
DENOMINACIÓN DEL PLAN EDUCATIVO/ CURSO/ NIVEL/ ÁMBITOS:					HORARIO:

2 CIRCUNSTANCIAS QUE MOTIVAN LA SOLICITUD	
<input type="checkbox"/> Enfermedad prolongada o accidente del alumno o alumna. <input type="checkbox"/> Traslado de domicilio. <input type="checkbox"/> Incorporación o desempeño de un puesto de trabajo en un horario incompatible con las enseñanzas del plan educativo. <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. <input type="checkbox"/> Incompatibilidad con estudios oficiales. <input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____ _____ _____	

3 DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA	
<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 Mutuality a la que se encuentre afiliado, o informe de vida laboral. <input type="checkbox"/> Otra documentación acreditativa.	

4 CAMBIO SOLICITADO		
OPCIÓN A	PLAN EDUCATIVO/ CURSO/ NIVEL/ ÁMBITOS:	HORARIO
OPCIÓN B	PLAN EDUCATIVO/ CURSO/ NIVEL/ ÁMBITOS:	HORARIO

Por el presente escrito el/la solicitante manifiesta su deseo de cambiar de grupo a partir de la fecha en que se realice resolución sobre esta petición.

En a de de 20

Fdo.:

SR./SRA. DIRECTOR/DIRECTORA DEL CENTRO SEPER PARQUE FIGUEROA

C/ Crucero Baleares s/n 14011 Córdoba
Teléfonos 957379642 – 671567634
14500686.edu@juntadeandalucia.es



AUTORIZACIÓN EN CASO DE PRESENTACION POR PERSONA DISTINTA DEL SOLICITANTE

Para que una persona distinta al solicitante pueda presentar esta solicitud, el solicitante deberá firmar la autorización que a continuación se incluye y aportar una fotocopia del documento de identificación de la persona autorizada.

Autorizo a D/D^a _____, con DNI/NIE/otro documento _____ a presentar en mi nombre la presente solicitud.

El/La solicitante

El/la autorizado/a

Fdo:

Fdo:

5	RESOLUCIÓN (A rellenar por la Administración)
<p>D/D^a _____, Jefe/Jefa de Estudios Delegada del centro _____, localidad _____ por orden del Director/Directora y en ejercicio de sus competencias, vista la solicitud presentada por el interesado/a y confirmado la disponibilidad de plazas en este centro,</p> <p>RESUELVE:</p> <p><input type="checkbox"/> Favorablemente lo solicitado y modificar su situación administrativa, a partir de esta fecha.</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Opción A</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Opción B</p> <p><input type="checkbox"/> Desfavorablemente sobre lo solicitado por no existir actualmente plazas libres en el plan educativo y curso requeridos,</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">En a de de 20</p> <p style="text-align: center;">EL/LA JEFE/A DE ESTUDIOS DELEGADA.</p> <p style="text-align: center;">P.O. Director/Directora</p> <p style="text-align: right;">Fdo.:</p>	