

SOLICITUD (VOLANTE) TRASLADO DE MATRÍCULA VIVA

(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: | | | DENOMINACIÓN DEL PLAN DE ESTUDIOS: | | |
| LOCALIDAD DEL CENTRO: | | | PROVINCIA DEL CENTRO: | | |

| | |
|---|--|
| 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"/> Traslado centro de estudios <input type="checkbox"/> Incorporación o desempeño de un puesto de trabajo en un horario incompatible con las enseñanzas del ciclo formativo. <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 Mutualidad a la que se encuentre afiliado, o informe de vida laboral. <input type="checkbox"/> Otra documentación acreditativa. | |

Por el presente escrito el/la solicitante manifiesta su deseo de hacer un traslado de matrícula viva y, por tanto, realizar una matrícula 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



4 RESOLUCIÓN (A rellenar por el centro de destino)

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,

RESUELVE:

- Favorablemente lo solicitado: Es posible aceptar al solicitante, por lo que rogamos procedan a remitir a este centro el expediente correspondiente al interesado/a y modificar su situación administrativa, a partir de esta fecha.
- Desfavorablemente sobre lo solicitado: No es posible aceptar al solicitante por no existir actualmente plazas libres en el plan educativo y curso requeridos,

.....
.....
.....
.....

En a de de 20

EL/LA JEFE/A DE ESTUDIOS DELEGADA.

P.O. Director/Directora

Fdo.: