

**CICLOS FORMATIVOS EN RÉGIMEN DE EDUCACIÓN A  
DISTANCIA**

|                         |  |               |                   |
|-------------------------|--|---------------|-------------------|
| <b>DATOS DEL CENTRO</b> | CENTRO DONDE SE MATRICULA                  |               |                   |
|                         | DOMICILIO DEL CENTRO                       |               | NÚMERO            |
|                         | CÓDIGO POSTAL                              | PROVINCIA     | LOCALIDAD         |
|                         | <b>NO RELLENAR LAS CASILLAS SOMBREADAS</b> |               |                   |
|                         | Nº MATRÍCULA                               | Nº EXPEDIENTE | CÓDIGO DEL CENTRO |

|  |   |   |  |                |
|--|---|---|--|----------------|
| <b>DATOS DEL SOLICITANTE</b>   | APELLIDOS   |   | NOMBRE   | DNI / NIE      |
|  | DOMICILIO<br>C/ ..... nº ..... piso ..... letra/escalera .....<br>C.P. .... Provincia: ..... Localidad: .....   |   |  |                |
|  | CORREO ELECTRÓNICO (Indique su email con la máxima legibilidad posible)   |   | TELÉFONO FJO   | TELÉFONO MÓVIL |
|  | FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)  | SEXO (marcar con una X)<br><input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER | TRABAJA ACTUALMENTE<br><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |                |
|  | <b>DATOS DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A (Rellenar solo en el caso de que el alumno/la alumna sea menor de edad)</b> |   |  |                |
|  | APELLIDOS   |   | NOMBRE   | DNI / NIE      |
|  | DOMICILIO<br>C/ ..... nº ..... piso ..... letra/escalera .....<br>C.P. .... Provincia: ..... Localidad: .....   |   |  |                |
| CORREO ELECTRÓNICO (indique su email con la mayor legibilidad posible) |   | TELÉFONO FIJO   | TELÉFONO MÓVIL   |                |

|                           |   |  |  |
|---------------------------|---|--|--|
| <b>DATOS DE MATRÍCULA</b> | SE MATRICULA POR 1ª VEZ EN ESTE CENTRO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO  | ACCEDE MEDIANTE PRUEBA DE ACCESO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | PAGA SEGURO ESCOLAR (menor de 28 años) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO   |
|                           | MÓDULOS EN LOS QUE SOLICITA MATRÍCULA EN 1ª OPCIÓN<br>(El resultado de la suma de las horas asignadas a los módulos solicitados no podrá ser superior a 1000 h) |  | MÓDULOS EN LOS QUE SOLICITA MATRÍCULA EN 2ª OPCIÓN POR ORDEN DE PREFERENCIA<br>(Se le matricularía en caso de no lograr plaza en los solicitados en 1ª opción) |
|                           | 1   | h  | 1º   |
|                           | 2   | h  | 2º   |
|                           | 3   | h  | 3º   |
|                           | 4   | h  | 4º   |
|                           | 5   | h  | 5º   |
|                           | 6   | h  | 6º   |
|                           | 7   | h  | 7º   |
|                           | 8   | h  | 8º   |
| 9                         | h   | 9º   |  |
| SUMA TOTAL HORAS          |   | h  | 10º  |

| <b>DATOS DE CARÁCTER PERSONAL</b> | <b>INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS</b> |  |
|-----------------------------------|---|--|
|                                   | <b>Responsable</b>                                  | Dirección General de Formación Profesional, Régimen Especial y Equidad Educativa   |
|                                   | <b>Finalidad</b>                                    | Gestionar la admisión y matriculación de alumnado en enseñanzas para personas adultas  |
|                                   | <b>Legitimación</b>                                 | Cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos  |
|                                   | <b>Destinatarios</b>                                | No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal   |
|                                   | <b>Derechos</b>                                     | Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos recogidos en la información adicional  |
|                                   | <b>Información adicional</b>                        | Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en la Sede Electrónica ( <a href="https://www.tramitacastillayleon.jcyl.es">https://www.tramitacastillayleon.jcyl.es</a> ) y en la web temática de Aprendizaje a lo Largo de la Vida del Portal de Educación de la Junta de Castilla y León ( <a href="https://www.educa.jcyl.es/adultos">https://www.educa.jcyl.es/adultos</a> ) |

Para cualquier consulta relacionada con la materia del procedimiento o sugerencia para mejorar este impreso puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012 (para llamadas desde fuera de la Comunidad de Castilla y León: 983 327 850).

En ....., a ..... de  
..... de .....

El/la solicitante

Padre, Madre o tutor/a legal  
*(En caso de que el/la solicitante sea menor de edad)*

Fdo.: .....

Fdo.: .....

**SR./A DIRECTOR/A DEL CENTRO** \_\_\_\_\_

(Denominación específica del Centro donde desea matricularse)