

¿Es antiguo alumno de este Centro?

SÍ

NO



<b>ADMISIÓN ENSEÑANZAS ADULTOS. (Anexos V, VI y VII)</b> <b>ADMISIÓN Y MATRÍCULA EN ENSEÑANZAS SECUNDARIA PARA PERSONAS ADULTAS MODALIDAD SEMIPRESENCIAL CURSO 2018/2019</b> Adjunte a esta solicitud una fotocopia del DNI y DOS fotografías de carné	(pegue aquí una foto)	<b>DATOS DEL CENTRO</b>
		Centro: CENTRO EPA ANTONIO MACHADO
		Domicilio del centro: BARRIADA DE LA CONSTITUCIÓN, 17
		Localidad: ZAFRA Provincia: BADAJOZ
		Situación laboral: Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Inactivo <input type="checkbox"/>

**DATOS DEL ALUMNO (rellene TODOS los campos)**

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre
D.N.I./N.I.E.		Letra NIF	Domicilio	
Código Postal	Teléfono/s		Correo electrónico (OBLIGATORIO)	
Localidad			Provincia	País
Sexo H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento		Lugar de nacimiento	
Provincia de nacimiento		País	¿Ha estado matriculado en este centro? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cambia de modalidad? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

¿Debe abonar seguro escolar por ser menor de 28 años? \* En Semipresencial, sólo para el alumnado matriculado en Nivel II  Sí  No

**ENSEÑANZAS PARA LAS QUE SOLICITA ADMISIÓN – RÉGIMEN A DISTANCIA MODALIDAD SEMIPRESENCIAL**

ÁMBITO	PRIMER CUATRIMESTRE				SEGUNDO CUATRIMESTRE			
	Nivel I		Nivel II		Nivel I		Nivel II	
	Módulo I	Módulo II	Módulo I	Módulo II	Módulo I	Módulo II	Módulo I	Módulo II
COMUNICACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CIENTIFICO-TECNOLÓGICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOCIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marque un máximo de SEIS MÓDULOS (tres por cada cuatrimestre). Excepcionalmente se permiten cuatro en un cuatrimestre si con ellos pudiera titular. Los módulos se cursarán en su orden lógico y creciente.

En caso de suspender dos más ámbitos, REPETIRÁ curso en el segundo cuatrimestre.

**MODO DE ACCESO A LAS ENSEÑANZAS** – Marcar con una cruz la casilla o casillas que procedan

Ha realizado estudios a distancia en este centro.  Convalida estudios realizados en el extranjero.

Accede a este centro por traslado de expediente desde otro centro  Solicita reconocimiento de la formación reglada o validación de aprendizajes no formales.

**DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA**

**NO AUTORIZO, a la Administración educativa de acuerdo con el artículo décimo de esta resolución a:**

Recabar información sobre la identidad del solicitante del Sistema de Verificación de datos de Identidad.

Recabar información académica de los registros automatizados de gestión de RAYUELA.

OTORGO mi consentimiento para consultar la condición de discapacidad en los órganos correspondientes de la CA de Extremadura, en caso contrario, deberé aportar documentación

**CERTIFICADO DE DEPORTISTA DE ALTO RENDIMIENTO**

Se adjunta acreditación

No se adjunta acreditación de acuerdo con la Resolución de la Dirección General de Deporte.

**APORTO:**

Acreditación discapacidad.

Acreditación de necesidad inserción laboral

Contrato laboral

Documentos acreditativos del reconociendo de la formación reglada

Documentos acreditativos de la validación de aprendizajes no formales

Otros. Indicar \_\_\_\_\_

**SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA**

La persona abajo firmante DECLARA que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud, así como la documentación adjunta y SOLICITA ser admitida en las enseñanzas a las que se refiere la presente solicitud.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018

Firma del solicitante

Fdo.: \_\_\_\_\_

SR./A. DIRECTOR/A DEL CENTRO CEPA ANTONIO MACHADO (ZAFRA)

Fecha de entrada en el registro y sello del centro

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018

PROTECCIÓN DE DATOS. En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Educación y Empleo le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/Impreso/formulario y demás documentos que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la expedición del Título, certificaciones y el análisis estadístico de los resultados. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito a la Dirección del centro educativo o ante la Secretaría General de Educación (Avda. Valhondo s/n, Mérida III Milenio, Módulo 5- 4ª planta, 06800 Mérida).

