

**MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y FORMACIÓN PROFESIONAL**  
**DIRECCIÓN PROVINCIAL DE MELILLA**  
**SOLICITUD DE ADMISIÓN EN FORMACIÓN PROFESIONAL EN CENTROS DOCENTES PÚBLICOS**



Día	Mes	Año

**Fecha nacimiento**

Apellidos del alumno/a	Nombre del alumno/a	DNI del alumno/tarjeta residente
------------------------	---------------------	----------------------------------

Apellidos y nombre del padre o tutor	DNI /tarjeta residente	Apellidos y nombre de la madre o tutora	DNI /tarjeta residente
--------------------------------------	------------------------	---	------------------------

<b>Teléfonos</b>	/	<b>e-mail</b>	
<b>Domicilio</b>		Código Postal	

**EXPONEN:** Que durante el curso actual el solicitante se encuentra cursando estudios de:

<input type="text"/>	de		en		
Curso		Nivel o especialidad		Denominación del Centro	Localidad

**SOLICITAN:** Se admita al alumno citado para el curso escolar **2020 /2021** en la etapa educativa que se señala:

(Señalar con un número el curso para el que se solicita plaza)

FORMACIÓN PROFESIONAL GRADO MEDIO:		FORMACIÓN PROFESIONAL GRADO SUPERIOR		MODALIDAD A DISTANCIA	
				SI	NO

**RELACIÓN DE CICLOS FORMATIVOS QUE SE SOLICITAN**

En uno de los centros por orden de preferencia

	NOMBRE DEL CICLO	CENTRO DOCENTE
1		
2		
3		
4		
5		

**Documentación presentada.** (a señalar con una X por el centro):

<input type="checkbox"/> Documento acreditativo de la identidad, edad y/o residencia	
<input type="checkbox"/> Fotocopia del título ó resguardo de haber abonado los derechos de expedición del título o certificado de haber superado la prueba de acceso	
<input type="checkbox"/> Certificado de grado de discapacidad igual o superior al 33%	
<input type="checkbox"/> Certificado de Condición de deportista de alto rendimiento o nivel.	
<input type="checkbox"/> Certificación de situación de emergencia social.	
<input type="checkbox"/> Certificación de estar trabajando <b>(sólo para CF enseñanza a distancia)</b>	
<input type="checkbox"/> Certificación de padecer una enfermedad que le impide la asistencia presencial <b>(sólo para CF enseñanza a distancia)</b>	

En MELILLA, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020  
 Firma del padre, madre, tutor/a o en su caso el alumno/a

SELLO DEL CENTRO
------------------------

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

**SR. DIRECTOR/A TITULAR DEL CENTRO O COMISIÓN DE GARANTÍA DE ADMISIÓN**