

PREINSCRIPCIÓN CURSO ACADÉMICO 2024/2025

ESTUDIOS PARA LOS QUE DESEA **SOLICITAR** MATRÍCULA para el CURSO ACADÉMICO 2024/2025

Ciclo formativo	Curso		Régimen	
<input type="checkbox"/> CM Cuidados auxiliares de enfermería	1º <input type="checkbox"/>	FCT <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mañana	<input type="checkbox"/> Tarde
<input type="checkbox"/> CS Anatomía Patológica y Citodiagnóstico	1º <input type="checkbox"/>	2º <input type="checkbox"/>	Mañana	
<input type="checkbox"/> CS Imagen para el diagnóstico y medicina nuclear	1º <input type="checkbox"/>	2º <input type="checkbox"/>	Mañana	
<input type="checkbox"/> CS Radioterapia y Dosimetría	1º <input type="checkbox"/>	2º <input type="checkbox"/>	Mañana	

DATOS DEL SOLICITANTE:

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre completo	
DNI		NUSS	Teléfono móvil	Teléfono urgencia	Correo electrónico
Fecha nacimiento	Localidad	Ayuntamiento	Provincia	País	Nacionalidad

DOMICILIO:

Calle, número, piso	Localidad	Ayuntamiento	Cod. Postal	Provincia
---------------------	-----------	--------------	-------------	-----------

DATOS FAMILIARES:

	Apellidos y nombre	DNI	Teléfono móvil	Teléfono domicilio/trabajo
Madre				
Padre				
Tutor/a legal				

TITULACIÓN DE ACCESO:

	Nombre del título	Centro donde se cursó	Año de remate de los estudios
<input type="checkbox"/> ESO			
<input type="checkbox"/> Bachillerato			
<input type="checkbox"/> CFGM			
<input type="checkbox"/> CFGS			
<input type="checkbox"/> Grado universitario			
<input type="checkbox"/> Otros (especificar)			

En _____, _____ de _____ de 202_____