



Región de Murcia

Consejería de Educación,  
Juventud y Deportes



Unión Europea

Fondo Social Europeo  
"El FSE invierte en tu futuro"



C/ La Iglesia, s/n  
30012 Patiño (Murcia)  
☎ 968 26 69 22 / ☎ 968 34 20 85



## Anexo I SOLICITUD DE SIMULTANEIDAD DE CICLOS DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL

Registro de entrada

### 1. DATOS PERSONALES DEL ALUMNO:

Apellidos:	Nombre:	D.N.I./N.I.E./Pasaporte Nº	Fecha de nacimiento: _ / _ / _
Domicilio:	Código postal y municipio:		Provincia:
Dirección electrónica de notificación (e-mail):	Teléfono:		Teléfono móvil:
Autorización expresa de notificación: (Señale con una cruz el que proceda)			
<input type="checkbox"/> Deseo ser notificado electrónicamente			
<input type="checkbox"/> Deseo ser notificado por carta en mi domicilio			

### 2. DATOS PERSONALES DEL PADRE/MADRE/TUTOR DEL ALUMNO: (En caso de minoría de edad del alumno)

Apellidos:	Nombre:	D.N.I./N.I.E./Pasaporte Nº	Teléfono:
Domicilio:	Código postal y municipio:		Provincia:
Correo electrónico:	Teléfono:	Teléfono móvil:	

### 3. DATOS ACADÉMICOS ACTUALES: (Indique y marque los datos de la titulación en la que se encuentra matriculado)

Nombre del centro docente:	Municipio:	Provincia:	<u>Nivel de enseñanza</u>	
Denominación de la enseñanza en la que se encuentra matriculado:	Régimen	Grado/ Curso	Turno:	<input type="checkbox"/> Formación Profesional Básica. <input type="checkbox"/> Formación Profesional Grado Medio <input type="checkbox"/> Formación Profesional Grado Superior
	<input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Distancia		<input type="checkbox"/> Diurno <input type="checkbox"/> Vespertino	

### 4. CICLO DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL EN EL QUE SOLICITA SIMULTANEIDAD: (Indique y marque los datos de la titulación a simular)

Nombre del centro docente:	Municipio:	<u>Nivel de enseñanza</u>		
Denominación de la enseñanza en la que se encuentra matriculado:	Régimen	Grado/ Curso	Turno:	<input type="checkbox"/> Formación Profesional Básica. <input type="checkbox"/> Formación Profesional Grado Medio <input type="checkbox"/> Formación Profesional Grado Superior
	<input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Distancia		<input type="checkbox"/> Diurno <input type="checkbox"/> Vespertino	

### 5. DOCUMENTACIÓN:

- Anexo II. Informe simultaneidad de ciclos de la Formación Profesional.

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

Firma:

DIRIGIDO A: DIRECTOR/A o TITULAR DEL CENTRO DOCENTE:.....

(Escriba la denominación del centro docente al que solicita simular el segundo ciclo)

Se le informa, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, que los datos personales recogidos en este formulario serán incorporados y tratados por el órgano responsable del fichero al que dirige la presente solicitud, escrito o comunicación para la finalidad derivada de la gestión del procedimiento, actuación o trámite administrativo a que hace referencia su escrito, ante el que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en los términos de la mencionada ley.