CENTRE DE FORMACIÓ PROFESSIONAL SANITÀRIA

IMPRESO MATRÍCULA/ *IMPRÉS MATRÍCULA*
CURSO/ CURS 20___/20____

Kaizen ISO 9001 · Kaizen ISO 14001 · Kaizen ISO 27001 · Kaizen ISO 45001

Código Centro: 12001265

Nº EXPEDIENTE/*Num. Expedient*:

1º 2º Rep.	CUID. AUX. DE ENFERMERÍA / *CURES AUXILIARS D'INFERMERIA*		1º 2º Rep.	DIETÉTICA *DIETÈTICA*	
1º 2º Rep.	FARMACIA Y PARAFARMACIA *FARMÀCIA I PARAFARMÀCIA*		1º 2º Rep.	H.BUCODENTAL *H.BUCODENTAL*	

DNI/NIE. PASAPOR | | | | | | | | | | |

NIA | | | | | | | | | |

SEXO/SEXE	Mujer/Dona		Hombre/Home	

NUSS | | | | | | | | | | | | | |

PREFERENTE/PREFERENT
TURNO TARDES TCAE/
TORN VESPRADES TCAE
(*Marcar sólo en caso de interesado en dicho turno/ Marcar només en cas d'interessat en aquest torn)

Para ADJUDICAR los turnos de Mañana/Tarde del ciclo TCAE, se tendrá en cuenta la NOTA DE ADMISIÓN del alumnado, ordenada de mayor a menor. En caso de empate, se resolverá por EDAD (ordenada de menor a mayor edad).-
Aprobado por el Consejo Escolar 15/04/2025.
Per ADJUDICAR els torns de Matí/Vesprada del cicle TCAE, es tindrà en compte la NOTA D'ADMISSIÓ de l'alumnat, ordenada de major a menor. En cas d´empat es resoldrà per EDAT (de menor a major edat). Aprovat pel Consell Escolar 15/04/2025

APELLIDOS/ *COGNOMS:* _____

NOMBRE/*NOM*: _____

DIRECCIÓN/*DIRECCIÓ:* _____

LOCALIDAD/*LOCALITAT*: _____ **C.P.:** _____

TELÉFONO/*TELÈFON*: _____ **TELEFÓNO MÓVIL:/*TELÈFON MÒBIL*:** _____

E-mail: _____

FECHA NACIMIENTO/DATA NAIXIMENT: _____ **EDAD/*EDAT*:** _____

PROVINCIA Y LOCALIDAD Nacimiento/*PROVÍNCIA I LOCALITAT Naixement*: _____

DISCAPACIDAD/*DISCAPACITAT:* SI ☐ **%** ☐ **NO** ☐ **DEPORTISTA DE ÉLITE/*Deportista d'elit:* SI** ☐ **NO** ☐

APELLIDOS Y NOMBRE Padre/*COGNOMS I NOM Pare*: _____

DNI.NIE.: | | | | | | | | | | | **TELEFONO/*TELEFÒN:*** _____

APELLIDOS Y NOMBRE Madre/*COGNOMS I NOM Mare:* _____

DNI.NIE.: | | | | | | | | | | | **TELEFONO/*TELEFÒN*:** _____

TÍTULO DE ACCESO/ *TÍTOL D´ACCES:* _____ **NOTA MEDIA/*NOTA MITJA*:** _____

SOLICITA CONVALIDACIÓN/*SOL.LICITA CONVALIDACIÓ*: SI ☐ **NO** ☐

SOLICITA EXENCIÓN FCT/*SOL.LICITA EXENCIÓ FCT:* SI ☐ **NO** ☐

SE HA CURSADO CON ANTERIORIDAD ESTE CICLO FORMATIVO/ S'HA CURSAT AMB ANTERIORITAT AQUEST CICLE FORMATIU: **SI** ☐ **NO** ☐

Castellón/Castelló, _____de_____de 20_____

Firma alumno/*Firma alumne* **Firma Padre, Madre, Tutor / *Firma pare, mare, tutor***

De conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (RGPD), le informamos que los datos de carácter personal que figuran en la presente comunicación son tratados por SALUS COOP.V y puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación, etc., así como para darse de baja si no desea recibir más información sobre nuestros servicios, dirigiéndose por escrito a la siguiente dirección: Calle del Pintor Vergara, 3, 12004 Castelló de la Plana, o al email: protecciondedatos@coopsalus.com

C/Pintor Vergara, 3 12004 Castelló de la Plana Tel/. 964218617www.coopsalus.com email: info@coopsalus.com

CENTRE DE FORMACIÓ PROFESSIONAL SANITÀRIA

DOCUMENTACIÓN PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA MATRÍCULA DE LOS CICLOS FORMATIVOS DE GRADO MEDIO Y SUPERIOR

El alumnado de nuevo ingreso durante el plazo de matrícula aportará toda la **documentación individual** necesaria junto con los **documentos de matriculación facilitados por el centro**. Los plazos se respetarán estrictamente. No se admitirá ninguna documentación fuera del término previsto. La no matriculación en plazo implicará la pérdida del derecho a la plaza, la cual será ofertada en la convocatoria extraordinaria de septiembre.

DOCUMENTACIÓN INDIVIDUAL DEL ALUMNO/A:

- ☐ Fotocopia del DNI del alumno/a.
  - Si alumno/a es menor de edad→ fotocopia del DNI de los padres.
- ☐ Fotocopia del NUSS y fotocopia del SIP (obligatorio)
- ☐ 2 Fotografías tamaño carnet **(detrás de la foto se deberá indicar el nombre y apellidos alumno/a)**
- ☐ Solicitud de convalidaciones + Certificado académico estudios acreditativo.
- ☐ **(SOLO 1er CURSO)** Acreditación Académica:
  - *Certificado de estudios para el Ingreso a los Ciclos Formativos de Grado Medio:*
    - ☐ Certificado de Graduado en ESO.
    - ☐ Resguardo del Título de FPI de cualquier especialidad (Fotocopia).
    - ☐ Hasta 2º de BUP. Completo certificado de notas del Centro.
    - ☐ Prueba de Acceso a CFGM o Certificado de estudios equivalentes.
  - *Certificado de estudios para el Ingreso a los Ciclos Formativos de Grado Superior:*
    - ☐ Certificado de Bachillerato.
    - ☐ Resguardo del Título de FPII de cualquier especialidad (Fotocopia).
    - ☐ Resguardo del Título o Certificado del Técnico Grado Medio.
    - ☐ Certificado de Prueba de Acceso a Grado Superior o certificado de estudios equivalentes.
- ☐ **(SOLO 1er CURSO)** Acreditaciones Especiales:
  - Deportista de Élite → Fotocopia del documento acreditativo
  - Discapacidad → Fotocopia del documento acreditativo
  - En el caso de alergias o patologías relevantes → Certificado médico

DOCUMENTOS DE MATRICULACIÓN DEL CENTRO:

- ☐ Impreso de matrícula cumplimentado.
- ☐ Documento Información y autorización de uso de datos personales.
- ☐ Compromiso de asistencia a clase.
- ☐ Impreso Cuota Inicio y pago del importe.
- ☐ Domiciliación Bancaria (documento en función del curso matriculado).
- ☐ *Para mayores de 28 años*: Declaración Responsable beneficiario/a de la Seguridad Social.
- ☐ *En caso de discapacidad*: Declaración Responsable de información característica del Ciclo.

De conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (RGPD), le informamos que los datos de carácter personal que figuran en la presente comunicación son tratados por SALUS COOP.V y puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación, etc., así como para darse de baja si no desea recibir más información sobre nuestros servicios, dirigiéndose por escrito a la siguiente dirección: Calle del Pintor Vergara, 3, 12004 Castelló de la Plana, o al email: protecciondedatos@coopsalus.com

CENTRE DE FORMACIÓ PROFESSIONAL SANITÀRIA

DOCUMENTACIÓ PER A LA FORMALITZACIÓ DE LA MATRÍCULA DELS CICLES FORMATIUS DE GRAU MITJÀ I SUPERIOR

L'alumnat de nou ingrés durant el termini de matrícula aportarà tota la **documentació individual necessària** juntament amb els **documents de matriculació facilitats pel centre**. Els terminis es respectaran estrictament. No s'admetrà cap documentació fora del terme previst. La no matriculació en termini implicarà la pèrdua del dret a la plaça, la qual serà oferida en la convocatòria extraordinària de setembre.

DOCUMENTACIÓ INDIVIDUAL DE L'ALUMNE:

- ☐ Fotocòpia del DNI de l'alumne/a.
  - Si alumne/a és menor d'edat→ fotocopia del DNI dels pares.
- ☐ Fotocòpia del NUSS i fotocòpia del SIP (obligatori).
- ☐ 2 Fotografies grandària carnet **(darrere de la foto s'haurà d'indicar el nom i cognoms alumne/a).**
- ☐ Sol·licitud de convalidacions + Certificat acadèmic estudis acreditatiu.
- ☐ **(NOMÉS 1r CURS)** Acreditació Acadèmica:
  - *Certificat d'estudis per a l'Ingrés als Cicles Formatius de Grau Mitjà:*
    - ☐ Certificat de Graduat en ESO.
    - ☐ Resguard del Títol de FPI de qualsevol especialitat (Fotocòpia).
    - ☐ Fins a 2n de BUP. Complet certificat de notes del Centre.
    - ☐ Prova d'Accés a CFGM o Certificat d'estudis equivalents.
  - *Certificat d'estudis per a l'Ingrés als Cicles Formatius de Grau Superior:*
    - ☐ Certificat de Batxillerat.
    - ☐ Resguard del Títol de FPII de qualsevol especialitat (Fotocòpia).
    - ☐ Resguard del Títol o Certificat del Tècnic Grau Mitjà.
    - ☐ Certificat de Prova d'Accés a Grau Superior o certificat d'estudis equivalents.
- ☐ **(NOMÉS 1r CURS)** Acreditacions Especials:
  - Esportista d'Elit → Fotocòpia del document acreditatiu
  - Discapacitat→ Fotocòpia del document acreditatiu
  - En el cas d'al·lèrgies o patologies rellevants →Certificat mèdic

DOCUMENTS DE MATRICULACIÓ DEL CENTRE:

- ☐ Imprès de matrícula emplenat.
- ☐ Document: Informació i autorització d'ús de dades personals.
- ☐ Compromís d'assistència a classe.
- ☐ Imprès Quota Inici i pagament de l'import.
- ☐ Domiciliació Bancària (document en funció del curs matriculat).
- ☐ *Per a majors de 28 anys:* Declaració Responsable beneficiari/a de la Seguretat Social.
- ☐ *En cas de discapacitat:* Declaració Responsable d'informació característica del Cicle.

De conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (RGPD), le informamos que los datos de carácter personal que figuran en la presente comunicación son tratados por SALUS COOP.V y puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación, etc., así como para darse de baja si no desea recibir más información sobre nuestros servicios, dirigiéndose por escrito a la siguiente dirección: Calle del Pintor Vergara, 3, 12004 Castelló de la Plana, o al email: protecciondedatos@coopsalus.com