



ANULACIÓN DE MATRICULA

A/A SR. DIRECTOR DEL CIFP SAN CRISTÓBAL

D/D^a :con DNI.....

Estudios en los que está matriculado:.....

Curso	1º	<input type="checkbox"/>	Grupo	<input type="checkbox"/>	Turno	Mañana	<input type="checkbox"/>
	2º	<input type="checkbox"/>		Tarde		<input type="checkbox"/>	

EXPONE: Que se encuentra matriculado/a en ese centro cursando los estudios de.....y desea cursar la ANULACIÓN DE MATRICULA por el/ los siguiente/s motivo/s (marca con una X)

- Enfermedad prolongada de carácter físico o psíquico
- Incorporación a un puesto de trabajo
- Obligaciones que impidan la normal dedicación al estudio (especificar dicho motivo):

.....
.....

Para lo que presenta la siguiente documentación justificativa:

.....
.....

SOLICITA: la ANULACIÓN DE MATRÍCULA para el presente curso en este centro a los efectos oportunos.

En Las Palmas de Gran Canaria, a.....de.....de 20__

Firma del alumno/a:

Si es menor de edad, firma del padre/ madre o tutor