



REGISTRO AUXILIAR
Fecha:
ENTRADA
Número:
REU/ Hora:

ANULACIÓN DE MATRICULA

A/A SR. DIRECTOR DEL CIFP SAN CRISTÓBAL

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

EXPONE: Que se encuentra matriculado/a en ese centro cursando los estudios de.....

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

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

