

ANEXO II

**SOLICITUD DE PLAZA
MÓDULOS PARCIALES DE FORMACIÓN PROFESIONAL PRESENCIAL**

CURSO ESCOLAR 2021/2022

I.- DATOS DEL ALUMNO O LA ALUMNA SOLICITANTE

1er Apellido _____

2º Apellido _____

Nombre _____

Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Nacionalidad _____ Sexo Varón ___ Mujer ___

Tipo de vía: _____ Dirección completa (1) _____

Localidad _____ Municipio _____ CP _____ Teléfono _____

Correo electrónico:(obligatorio) _____ Tfno. Móvil: (obligatorio) _____

Código Identificación Alumnado (CIAL) _____ DNI/NIE _____

II.- MÓDULO PROFESIONAL SOLICITADO

Módulo Profesional	Titulación/Prueba de Acceso con el que se accede al Módulo	Situación baremación
		Situación baremación
Personas matriculadas anteriormente en el ciclo formativo y sólo le falta el módulo profesional que desea cursar para completar el ciclo (5 puntos)		1
Trabajadores y trabajadoras empleados o en desempleo del sector relacionado con el Módulo Profesional/Ciclo Formativo al que pertenece la oferta formativa (4 puntos)		2
Personas que tenga superado algún módulo profesional o unidad de competencia del mismo ciclo formativo al que pertenece el módulo profesional ofertado (3 puntos)		3
Trabajadores y trabajadoras empleados o en desempleo de cualquier sector (2 puntos)		4
Ninguno de los anteriores (1 punto)		5

III. - DATOS ACADÉMICOS DEL ALUMNO O ALUMNA

Ha superado todos los módulos formativos del ciclo formativo salvo el módulo profesional que desea matricular: Sí No
Especificar el centro: _____ y el curso escolar: _____

Ha superado algún módulo formativo o unidad de competencia del mismo ciclo formativo: Sí No
Especificar el centro: _____ y el curso escolar: _____

IV.- DOCUMENTOS ENTREGADOS REFERIDOS A LOS CRITERIOS DE BAREMACIÓN

Si procede, adjuntar la siguiente documentación acreditativa:

Certificación/es donde conste la Titulación de la enseñanza que permite el acceso	Certificado Deportista de alto nivel o alto rendimiento y publicación en el BOE
Certificación/es académica acreditativa de la superación de la prueba de acceso	Certificación de discapacidad
Certificado de empresa indicando la actividad desarrollada en ella	Certificación académica de módulos superados o unidad de competencia del mismo ciclo formativo en que se encuentra el módulo profesional solicitado
Certificado de la Tesorería de la SS o Mutualidad	Otros documentos:

PROTECCIÓN DE DATOS:

De acuerdo con el Reglamento General de Protección de Datos, podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, oposición y a no ser objeto de decisiones individualizadas basadas únicamente en el tratamiento automatizado ante el Responsable del Tratamiento Información adicional:
Puede consultar la información adicional y detallada en: <http://www.gobiernodecanarias.org/cpi/dgmsc/temas/proteccion/tratamientos/ceu/dgoipe/gestion-asociaciones-apas/>

En _____, a _____ de _____ de 20_____

EL INTERESADO/A

Fdo.: _____