

SOLICITUD DE MATRÍCULA
OFERTA MODULAR
 CICLOS FORMATIVOS

CURSO ACADÉMICO
2024/2025

Nº EXPEDIENTE:

POR FAVOR RELLENA EL FORMULARIO CON LETRA MAYÚSCULA Y CLARA

DATOS DEL ALUMNO/A					
APELLIDOS		NOMBRE		SEXO	☐ Hombre ☐ Mujer
☐ DNI ☐ NIE	FECHA DE NACIMIENTO		MUNICIPIO Y PAÍS DE NACIMIENTO		
☐ PASAPORTE					
DIRECCIÓN					
COD. POSTAL	PROVINCIA	NÚMERO SEGURIDAD SOCIAL			
TELÉFONO		CORREO ELECTRÓNICO			

CICLO FORMATIVO DE GRADO MEDIO

HIGIENE BUCODENTAL SEMIPRESENCIAL

PRIMERO

HORAS /AÑO

RECEPCIÓN Y LOGÍSTICA EN LA CLÍNICA DENTAL	105
ESTUDIO DE LA CAVIDAD ORAL	185
EXPLORACIÓN DE LA CAVIDAD ORAL	135
INTERVENCIÓN BUCODENTAL	180
FISIOPATOLOGÍA GENERAL	175
FORMACIÓN Y ORIENTACIÓN LABORAL	90
INGLÉS TÉCNICO	90

SEGUNDO

HORAS /AÑO

EPIDEMIOLOGÍA EN SALUD ORAL	100
EDUCACIÓN PARA LA SALUD ORAL	115
CONSERVADORA, PERIODONCIA, CIRUGÍA E IMPLANTES	140
PRÓTESIS Y ORTODONCIA	130
PRIMEROS AUXILIOS	65
EMPRESA E INICIATIVA EMPRENDEDORA	60

 ➤ En el caso de solicitar **CONVALIDACIÓN** de algún módulo debe presentar la **solicitud** en el momento de la matriculación.

FORMA DE ACCESO			
☐ GRADUADO EN E.S.O. (LOE-LOMCE)	☐ F.P. BÁSICA	☐ PRUEBA DE ACCESO	☐ OTROS ACCESOS: _____
OTROS DATOS DE INTERÉS			
SE MATRICULA POR PRIMERA VEZ EN EL CENTRO	☐ SI ☐ NO	ABONA SEGURO ESCOLAR	☐ SI POR SER MENOR DE 28 AÑOS ☐ EXENTO POR SER MAYOR DE 28 AÑOS
☐ NO AUTORIZO al Centro Integrado de Formación Profesional de Lorca a la utilización de los trabajos e imágenes personales realizados en diversas actividades escolares lectivas, extraescolares o complementarias organizadas por el centro durante el curso escolar en los medios de difusión que disponga (página web, revistas, exposiciones temporales, jornadas culturales, celebraciones escolares,...etc.) así como los datos personales a efectos de promoción del alumno en Bolsas de Trabajo.			

El/La abajo firmante solicita la matrícula en el CIFP de Lorca, teniendo en cuenta que la misma es provisional hasta la comprobación de los datos y documentación aportados.

NOTA: LOS ALUMNOS SERÁN RESPONSABLES DE LA VERACIDAD DE LOS DATOS APORTADOS.

Fecha de presentación: _____

FIRMA DEL SOLICITANTE

 FIRMA DEL PADRE/ MADRE O TUTOR
 (OBLIGATORIA PARA MENORES DE EDAD)

(Sello del centro)