

SOL·LICITUD DE RENÚNCIA DE MÒDULS PROFESSIONALS

LLINATGES	NOM	
DNI	DATA NAIXEMENT	TELÈFON
ADREÇA	CODI POSTAL I LOCALITAT	PROVÍNCIA

EXPOSA:

Com a alumne/a del CEPA Calvià matriculat/da en el cicle formatiu de grau ____de _____ i d'acord amb la legislació vigent en el dia d'avui.

SOL·LICITA:

La renúncia en els següents mòduls:

Per alguna de les circumstàncies següents:

<input type="checkbox"/>	Malaltia prolongada de caràcter físic o psíquic
<input type="checkbox"/>	Incorporació a un lloc de feina
<input type="checkbox"/>	Obligacions de tipus familiar o personal que impedeix una dedicació normal a l'estudi
<input type="checkbox"/>	Altres circumstàncies contemplades a la legislació vigent

Per la qual cosa adjunta la documentació següent:

<input type="checkbox"/>	Certificat mèdic
<input type="checkbox"/>	Contracte o certificació de la Seguretat Social
<input type="checkbox"/>	Altres

Calvià, _____ de/d' _____ de 20__

Signat: