S O L I C I T U D D E T Í T U L O S

Nº _____

D./Dª_____con D.N.I. _____

nacido/a en _____ provincia de _____ el día _____ y con domicilio en la localidad de _____, c/ _____, nº_____, código postal 28____, y con Teléfono _____ y correo electrónico _____

ha finalizado sus estudios en Junio / Septiembre / Diciembre de 20___
(táchese lo que NO proceda)

obteniendo la calificación final de _____ en los estudios de:
(a rellenar por el centro)

Título de Ciclo Formativo de Grado Superior

- ☐ Administración y Finanzas
- ☐ Desarrollo de Aplicaciones Web
- ☐ Dietética
- ☐ Documentación Sanitaria

Título de Ciclo Formativo de Grado Medio:

- ☐ Cuidados Auxiliares de Enfermería
- ☐ Gestión Administrativa

Madrid a, _____ de _____ de 20____

(firma)

"Los datos que se recogen, se tratarán informaticamente o se archivarán con el consentimiento del ciudadano, quien tiene derecho a decidir quién puede tener sus datos, para qué los usa, solicitar que los mismos sean exactos y que se utilicen para el fin que se recogen, con las excepciones contempladas en la legislación vigente."