|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre y apellidos**  |  | **D.n.I.** |       |
| **Domicilio** |  | [ ]  Fotocopia del DNI o equivalente |
| **Población** |  | **Cod. Postal** |  |
| **Provincia** |  | **Telf. fijo / móvil** |  |
| **Ciclo matriculado/curso** |  |

**Expone y JUSTIFICA:** Que reúne alguna de las siguientes circunstancias, de las que adjunta justificante original o copia compulsada

|  |  |
| --- | --- |
|  | **[ ]  Enfermedad** (certificación médica) |
|  | **[ ]  Incorporación a un puesto de trabajo** (contrato con horario detallado) |
|  | **[ ]  Obligaciones familiares o personales** (justificante y declaración jurada) |
|  | **[ ]  Cambio de domicilio familiar** |
|  | **[ ]  Otros** |

**SOLICITA:** la anulación de matrícula en la totalidad de los módulos profesionales en los que se encuentra matriculado.

Zaragoza a   de      de 20

Firma del/la solicitante o representante legal

**Sr./a. DIRECTOR/A DEL CPIFP - MOVERA**