

SOLICITUD MATRICULA
CICLO FORMATIVO DE GRADO SUPERIOR EN
DOCUMENTACIÓN Y ADMINISTRACIÓN SANITARIAS (SAN303)
CURSO 21/22

| Datos personales del alumno/a | | | | | | | |
|---------------------------------|--|---|--------|-----------|--------------------|-----------|--|
| Apellidos | | | Nombre | | Móvil del alumno/a | DNI / NIE | |
| | | | | | | | |
| Correo electrónico del alumno/a | | | | | | | |
| Fecha nacimiento | | / | / | Localidad | Provincia | País | |
| | | | | | | | |

| Datos Familiares: Madres/Padres/Tutores/as | | | | | |
|--|--|--------|-----------|----------------|--------------------|
| Apellidos | | Nombre | DNI / NIE | Teléfono móvil | Correo electrónico |
| | | | | | |
| | | | | | |

| Datos para correspondencia | | | | | |
|--|--|-------------------|---|---------------------|-----------|
| Nombre | | Dirección | | Tfno. fijo familiar | Localidad |
| | | | | | |
| Código postal | | Tipo de domicilio | <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Padre <input type="radio"/> Madre <input type="radio"/> Alumno/a <input type="radio"/> Tutor/a | | |
| Provincia | | | | | |
| 2ª Dirección postal (en caso de doble correspondencia): | | | | | |

| |
|--|
| Si es nuevo/a alumno/a en el centro, CENTRO DE ESTUDIOS CURSO ANTERIOR (nombre, dirección y localidad) |
| |

| Datos de matrícula | |
|---|--|
| CICLO FORMATIVO DE GRADO SUPERIOR: DOCUMENTACIÓN Y ADMINISTRACIÓN SANITARIAS (SAN303) | |
| Repite curso : <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | |
| <input type="checkbox"/> 1º CURSO | <input type="checkbox"/> 2º CURSO |
| <input type="radio"/> CURSO COMPLETO <input type="radio"/> MÓDULOS SUELTOS | <input type="radio"/> CURSO COMPLETO <input type="radio"/> MÓDULOS SUELTOS |
| <input type="checkbox"/> 1515 Gestión de pacientes | <input type="checkbox"/> 1520 Codificación sanitaria |
| <input type="checkbox"/> 1516 Terminología clínica y patológica | <input type="checkbox"/> 1521 Atención psicosocial al paciente-usuario |
| <input type="checkbox"/> 1517 Extracción de diagnósticos y procedimientos | <input type="checkbox"/> 1522 Validación y explotación de datos |
| <input type="checkbox"/> 1518 Archivo y Documentación Sanitarios | <input type="checkbox"/> 1523 Gestión administrativa sanitaria |
| <input type="checkbox"/> 1519 Sistemas de información y clasificación sanitarios | <input type="checkbox"/> 1526 Empresa e iniciativa emprendedora |
| <input type="checkbox"/> 0649 Ofimática y proceso de la información | <input type="checkbox"/> A112 Lengua extranjera profesional: Inglés 2 |
| <input type="checkbox"/> A111 Lengua extranjera profesional: Inglés 1 | <input type="checkbox"/> 1527 Formación en centros de trabajo |
| <input type="checkbox"/> 0739 Formación y Orientación laboral | <input type="checkbox"/> 1524 Proyecto de documentación y administración sanitarias. |

| LEA ATENTAMENTE ESTAS INDICACIONES | |
|--|--|
| 1. No rellene los espacios sombreados. Cumplimente TODOS LOS DATOS del impreso y hágalo con letras MAYÚSCULAS | Huesca a de de 2021 Firma del alumno/a, padre/madre/tutor/a |
| 2. La formalización y firma de este impreso de matrícula supone la responsabilidad sobre la veracidad de los datos cumplimentados y la aceptación expresa de las normas de régimen interno del Centro. (Publicadas en www.iessierradeguara.com) | Firmado |

ALUMNO/A

CURSO 21/22

ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS Y EXTRAESCOLARES

Autorizo

No autorizo

su participación en todas aquellas **actividades complementarias y extraescolares** que se realicen fuera del centro, pero dentro de la ciudad y horario lectivo habitual y que consten en las programaciones de los diferentes departamentos didácticos/familias profesionales, o sean aprobadas por la dirección del centro a lo largo del curso.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIFUSIÓN DE IMÁGENES

Según lo dispuesto por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales que obliga a recabar autorización expresa del alumno o su representante legal.

Autorizo

No autorizo

La utilización con fines educativos de imágenes. A que la imagen del alumno/a pueda salir en los diferentes medios de comunicación siempre que dichas imágenes tengan relación con la actividad del centro.

A cumplimentar por los ALUMNOS/AS mayores de edad:

Autorizo

No autorizo

al centro para dar información sobre mi evolución académica a mis madres/padres/tutores

En Huesca a de de

El alumno/a

o D./Dña

como su representante

legal (si el alumno/a es menor de edad)

Fdo: _____