

D/D^a _____,
_____ con Tfno. Fijo _____, Tfno.
_____,
_____.

NIF
Móvil
e-mail

ALUMNADO MATRICULADO ACTUALMENTE EN EL CENTRO

En el Ciclo Formativo: _____

**Enseñanza
Presencial**

Grupo:

1º
2º

**Enseñanza
Distancia**

Grupo:

1º
2º
3º

ANTIGUOS ALUMNOS

Especialidad

cursada: _____.

Último curso escolar en el centro: _____.

Marcar el tipo de certificado solicitado (X):

- MATRICULA
- NOTAS (sin nota media)
- NOTAS (con nota media)
- Otros: _____

S/C de Tenerife a ____ de _____ 2020.

Autorización para recoger el certificado:

AUTORIZO a D./D^a _____ NIF _____

S/C de Tenerife a ____ de _____ 2020.

Firma del/la solicitante:

Adjuntar fotocopia del DNI de la persona autorizada.

- ❖ Plazos para su entrega: 5 días hábiles. En caso de urgencia justificada, 2 días. Art. 5.3 Decreto 1/2015 de 22 de enero.
- ❖ Se podrá solicitar por correo electrónico: info@dentaltrainer.es (adjuntando la presente solicitud) o presencialmente en la Secretaría del centro.