



# C.F.G.M. CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

CENTRO : I.E.S. OCHO DE MARZO

EXPEDIENTE Nº:.....  
CURSO ACADÉMICO: .....

## DATOS PERSONALES:

Apellidos:.....Nombre:.....  
D.N.I./Pasaporte:.....Nº Seguridad Social:.....  
Fecha y país de nacimiento:.....Nacionalidad:.....  
Domicilio:.....C.Postal: .....

Localidad:.....Provincia:.....  
Teléfono:.....E-mail:.....

## DATOS FAMILIARES ( *cumplimentar sólo menores de edad* )

Tutor legal 1:.....D.N.I.:.....  
Teléfono:.....E-Mail:.....

Tutor legal 2:.....D.N.I.:.....  
Teléfono:.....E-Mail:.....

## DATOS ACADÉMICOS

Estudios requeridos aportados para el acceso al ciclo:.....  
Centro de Procedencia:.....Localidad:.....

## MARQUE LOS MÓDULOS PROFESIONALES EN LOS QUE SOLICITA LA MATRICULACIÓN:

### Primer Curso:

- Operaciones administrativas y documentación sanitaria.
- Técnicas básicas de enfermería.
- Higiene del medio hospitalario y limpieza del material.
- Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente.
- Técnicas de ayuda odontológica/estomatológica.
- Relaciones en el entorno del trabajo.
- Formación y orientación laboral.

### Segundo Curso:

- Formación en Centros de trabajo.

## CONVALIDACIONES ( *Marcar sólo en caso de solicitar convalidación* )

- Adjunto solicitud de convalidación de módulos profesionales y documentación acreditativa.

## Marcar exclusivamente en caso de NO Autorización

Autorización para el uso de datos y fotografía del alumno/a en la página web o revista del centro: **NO**

\* La persona abajo firmante, declara la veracidad de todos los datos aportados en este impreso y solicita la matriculación en el centro, ciclo formativo, módulos y curso escolar indicados en el mismo.

En Castro Urdiales a .....de ..... de

Firma del Alumno/a