



Centro Centro de Educación de Adultos	Domicilio del centro C/ Casimiro Hernández, 7	Datos del Centro
Localidad Ávila	Provincia Ávila	

Primer apellido <input type="text"/> DNI Letra NIF <input type="text"/> - <input type="text"/> Teléfono <input type="text"/> Hombre Mujer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fecha de nacimiento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Segundo apellido <input type="text"/> Domicilio (Calle/Plaza) <input type="text"/> Localidad <input type="text"/> Provincia <input type="text"/> Localidad/País de nacimiento <input type="text"/> <input type="text"/>	Nombre <input type="text"/> Nº Escalera, piso, letra <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Código Postal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> País de residencia <input type="text"/> Nacionalidad <input type="text"/> <input type="text"/>	Datos del alumno
Correo electrónico: <input type="text"/> @ <input type="text"/>			

PREPARACIÓN PRUEBA CICLO FORMATIVO DE GRADO MEDIO

- DOCUMENTOS NECESARIOS: - **Solicitud recogida en el Centro**
- **Fotocopia del DNI**
- **Tarjeta demandante de empleo** (si procede)

Ávila, a ____ de _____ de 20__ (Firma)

SR./SRA. DIRECTOR/A DEL CENTRO DE EDUCACIÓN DE ADULTOS DE ÁVILA

C/ Casimiro Hernández, 7 – 05002 Ávila Tfl.: 920 35 21 25

RESGUARDO

Alumno/a:

Solicita matrícula en:

(Sello del Centro)

Ávila, a ____ de _____ de 20__