**Curso**:     /      **Modalidad**: DISTANCIA

CICLO: CFGM **Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería**

|  |
| --- |
| Presenta la documentación acreditativa (3 copias) |
| [ ] DNI, NIE, PASAPORTE |
| [ ]  Título de ESO,2º BUP Terminado, FP Básica, FPGM, FPGS, Nivel académico superior COU,Bachillerato,Título Universitario (mediante fotocopia compulsada). |
| [ ]  Certificado de superación de la prueba, acceso a ciclos formativos de Grado Medio oSuperior |
| [ ]  Certificado de superación de la prueba a la Universidad > 25 años |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Primer Apellido:** |  | **DNI:** |  |
| **Segundo Apellido:** |  | **Fecha Nacimiento:** |  |
| **Nombre:** |  | **Lugar de nacimiento:** |  |
| **Nacionalidad:** |  | **Telf:** |  | **Movil:** |  |
| **Domicilio:** |  | **C. Postal:** |  |
| **Población:** |  | **Provincia:**  |  |
| **Correo electrónico:** |  | **Nº de la S. Social:**  |

|  |
| --- |
| **EXPONE:** Que cumple con lo requisitos de acceso (marque con una X la opción correspondiente) |
| **DIRECTO POR:** [ ]  |
| Graduado en ESO o un nivel académico superior [ ]  FP Básica [ ]  Técnico o Técnico Auxiliar o equivalente a efectos académicos [ ]  [ ]  2º 2º de BUP Terminado [ ]  |
| **MEDIANTE PRUEBA:** [ ]  |
| Acceso a ciclos formativos Grado Medio(se requerirá tener, al menos, diecisiete años, cumplidos en el año de realización de la prueba) [ ]  [ ]  Acceso a la Universidad > 25 [ ]  |

 CURSO: Primero [ ]  Segundo [ ]

|  |
| --- |
| **MODULOS 1º CURSO** |
| CODIGO | MODULO | MATRICULACIÓN |
| 01 | Operaciones administrativas y documentación sanitaria. | [ ]  |
| 02 | Técnicas básicas de enfermería. | [ ]  |
| 03 | Higiene del medio hospitalario y limpieza del material. | [ ]  |
| 04 | Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. | [ ]  |
| 05 | Técnicas de ayuda odontológica/estomatológica. | [ ]  |
| 06 | Relaciones en el entorno del trabajo. | [ ]  |
| 07 | Formación y Orientación Laboral (F.O.L.). | [ ]  |
| **MODULOS 2º CURSO** |
| CODIGO | MODULO | MATRICULACIÓN |
|  | FCT (Formación en Centros de Trabajo) | [ ]  |
|  |  |  |
| Me hago responsable de la veracidad de los datos recogidos en esta solicitud.Firma y fecha: | Para cubrir por la administración: |
| Recibido: | Nº Expediente: |
| Fecha de Entrada: |
| Revisado y conforme: | Fecha de efectos: |