**Curso**:     /      **Modalidad**: PRESENCIAL

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: |