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

CICLO: CFGS **Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear**

|  |
| --- |
| Presenta la documentación acreditativa |
| DNI, NIE, PASAPORTE(3 copias) |
| Título de Bachiller, COU, Técnico Superior de Formación Profesional o grado universitario Técnico de Grado Medio de Formación Profesional o el título de Técnico o Técnica de Artes Plásticas y Diseño. (mediante fotocopia compulsada, 3 copias) |
| Certificado de superación de la prueba, acceso a ciclos formativos de grado superior |
| Certificado de superación de la prueba a la Universidad > 25 años(mediante fotocopia compulsada, 3 copias) |
| Un curso de formación específico preparatorio y gratuito para el acceso a ciclos de grado superior en centros expresamente autorizados por la Administración educativa(mediante fotocopia compulsada, 3 copias) |
| Una oferta formativa de Grado C incluida en el ciclo formativo |

|  |
| --- |
| **EXPONE:** Que cumple con lo requisitos de acceso (marque con una X la opción correspondiente) |
| **DIRECTO POR:** |
| Bachillerato ley orgánica 2/2006 de educación  COU:  Titulación Universitaria  Técnico especialista, Técnico Superior |
| **MEDIANTE PRUEBA:** |
| Acceso a ciclo formativo  Universidad > 25 |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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:** | | | | | | | |

CURSO: Primero  Segundo

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **MODULOS 1º CURSO** | | | | |
| CODIGO | MODULO | | MATRICULACIÓN | |
| 1345 | Atención al paciente | |  | |
| 1346 | Fundamentos físicos y equipos | |  | |
| 1347 | Anatomía por la imagen | |  | |
| 1348 | Protección radiológica | |  | |
| 1356 | Formación y orientación laboral | |  | |
| 1357 | Empresa e iniciativa emprendedora | |  | |
| PA0003 | Lengua extranjera para uso profesional (Inglés) | |  | |
| **MODULOS 2º CURSO** | | | | |
| CODIGO | MODULO | | MATRICULACIÓN | |
| 1349 | Técnicas radiología simple | |  | |
| 1350 | Técnicas radiología especial | |  | |
| 1351 | Técnicas de tomografía computarizada y ecografía | |  | |
| 1352 | Técnicas de imagen por resonancia magnética | |  | |
| 1353 | Técnicas de imagen en medicina nuclear | |  | |
| 1354 | Técnicas de radiofarmacia | |  | |
| 1355 | Proyecto de imagen para el diagnóstico y medicina nuclear | |  | |
| 1358 | 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: |