**Sol·licitud Semipresencialitat Cicles Formatius LOE**

# Dades personals de l’alumne/a

Nom i cognoms DNI/NIE/Passaport

Adreça

Codi postal Municipi Telèfon

# Motiu de la sol·licitud

|  |  |
| --- | --- |
|  | Incompatibilitat de l’horari de treball amb l’horari lectiu d’estudis |
|  | Tenir cura d’altres persones |
|  | Altra circumstància excepcional |

# Dades acadèmiques de la sol·licitud

|  |  |
| --- | --- |
| Cicle Formatiu que cursa: |  |

# Mòduls pels quals es demana la semipresencialitat

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Codi mòdul | Nom mòdul | Unitats formatives del mòdul | Hores presencials que l’alumne assistirà a la unitat formativa al llarg del curs | Professorat que l’imparteix |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Documentació acreditativa** (especifiqueu-la)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Lloc i data

Signatura interessat/da Signatura del director/a

**Direcció del centre educatiu**