

NOMBRE:

APELLIDOS:

DNI:

DOMICILIO:

LOCALIDAD: **CÓDIGO POSTAL:**

TELÉFONO:

*** EMAIL (MAYÚSCULAS):**

** (La resolución se comunicará por este medio)*

MATRICULADO EN:

IDIOMA:

CURSO:

GRUPO:

TUTOR:

SOLICITA LA ANULACIÓN DE MATRÍCULA POR EL SIGUIENTE MOTIVO:

- Médico**
- Laboral**
- Académico**
- Familiar**
- Otro: (especificar)**

DOCUMENTACIÓN NECESARIA: Justificante que acredite las circunstancias alegadas.

EXPLICACIÓN DEL MOTIVO:

Torrelavega, a ___ de _____ de 20__

Firma:

En ningún caso la Dirección del centro está autorizada a devolver las cantidades abonadas en concepto de matrícula (Art. 10 Decreto 16/2014, de 6 marzo)