UNIVERSITAT D'ALACANT
UNIVERSIDAD DE ALICANTE
UA CFP Centre de Formació Permanent
Centro de Formación Permanente

ANULACIÓ/MODIFICACIÓ DE MATRÍCULA

ANULACIÓN/MODIFICACIÓN DE MATRÍCULA

(*NOMÉS PER A SITUACIONS ESPECIALS* / SÓLO PARA SITUACIONES ESPECIALES)

1	***DADES PERSONALS* / DATOS PERSONALES**	
Cognoms / Apellidos	*Nom* / Nombre	DNI/NIF/PASAPORTE
Adreça de la persona sol·licitant / Dirección del/de la solicitante		*Codi Postal* / Código Postal
Localitat / Localidad	*Telèfon* / Teléfono	*Correu elèctronic* / Correo electrónico

2	***TIPUS DE GESTIÓ* / TIPO DE GESTIÓN**	**3**	***TIPUS D'ESTUDI* / TIPO DE ESTUDIO**
☐ *MODIFICACIÓ* / MODIFICACIÓN ☐ *ANUL·LACIÓ* / ANULACIÓN *Amb caràcter general, l'anul·lació de matrícula no comportarà la devolució de les taxes abonades.* Con carácter general, la anulación de matrícula no conllevará la devolución de las tasas abonadas.		☐ *CURS DE FORMACIÓ CONTÍNUA O ACTIVITAT ACADÈMICA* / CURSO DE FORMACIÓN CONTINUA O ACTIVIDAD ACADÉMICA ☐ *ESTUDI DE FORMACIÓ PERMANENT* / ESTUDIO DE FORMACIÓN PERMANENTE ***IMPORTANT/IMPORTANTE!!!*** ***Emplenar només l'apartat 4A (Curs) o 4B (Estudi)*** **Rellenar solamente el apartado 4A (Curso) o 4B (Estudio)**	

4A	***NOM DEL CURS DE FORMACIÓ CONTÍNUA*** **NOMBRE DEL CURSO DE FORMACIÓN CONTINUA**
Justifiqueu el motiu de la sol·licitud / Justifique el motivo de la solicitud	

4B	***NOM DEL ESTUDI DE FORMACIÓ PERMANENT*** **NOMBRE DEL ESTUDIO DE FORMACIÓN PERMANENTE**		
Codi / Código	*Nom de l'assignatura a modificar* / Nombre de la asignatura a modificar	*Anul·lar* Anular	Matricular
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
Justifiqueu el motiu de la sol·licitud / Justifique el motivo de la solicitud			

Confirmació del sol·licitant ***Confirmación del solicitante***	***Vistiplau del responsable de l'estudi*** ***Visto bueno del responsable del estudio***	***Vistiplau de la direcció de Centre FP*** ***Visto bueno de la dirección de Centro FP***
Lloc i Data / Lugar y Fecha *Signatura* / Firma	*Lloc i Data* / Lugar y Fecha *Nom i Cognoms* / Nombre y Apellidos *Signatura*/ Firma	*Data* / Fecha *Signatura* / Firma

DIRECTOR / DIRECTORA DEL CENTRE DE FORMACIÓ PERMANENT
DIRECTOR / DIRECTORA DEL CENTRO DE FORMACIÓN PERMANENTE