



**CFGM A DISTANCIA
SOLICITUD DE ADMISIÓN**

**CFGM FARMACIA Y
PARAFARMACIA A DISTANCIA**

CURSO (Solo si es completo): 1° 2°

CENTRO: CENTRO MENESIANO ZAMORAJOVEN

DATOS PERSONALES

NOMBRE APELLIDOS

D.N.I. SEXO F M N.U.S.S.

FECHA DE NACIMIENTO (NÚMERO USUARIO SEG SOCIAL)

Domicilio a efectos de notificación:

Nombre

Dirección

Localidad C.P.

Provincia Tfno. Móvil

E-mail

FORMA DE ACCESO:

E.S.O.

F.P.I

1º Y 2º BUP

PRUEBA DE ACCESO

OTRAS _____

Datos Solicitud (Si solicitas la convalidación marca X en **Conval.**, si solicitas matriculación marca X en **Matrícula**, no puedes matricularte de más de 1.000 horas en un curso)

Cod.	Curso	Módulo Profesional	Horas	Conval.	Matrícula
0099	1º	Disposición y Venta de Productos	102		
0100	1º	Oficina de Farmacia	136		
0102	1º	Dispensación de Productos Parafarmacéuticos	238		
0103	1º	Operaciones Básicas de Laboratorio	170		
0061	1º	Anatomofisiología y Patologías Básicas	136		
0156	1º	Inglés Profesional (GM)	68		
1709	1º	Itinerario personal para la Empleabilidad I	102		
	1º	Módulo Optativo I	34		
0101	2º	Dispensación de Productos Farmacéuticos	210		
0104	2º	Formulación Magistral	147		
0105	2º	Promoción de la Salud	168		
0107	2º	Empresa E Iniciativa Emprendedora	63		
0020	2º	Primeros Auxilios	42		
0108	FCT	Formación en Centros de Trabajo	380		

Total Horas Solicitadas

OBSERVACIONES DE MATRICULA:

REENVIAR RELLENO A fpadistancia@menesianoszamora.com JUNTO CON FOTOCOPIA DEL DNI O NIE Y COPIA DE LA TITULACIÓN CORRESPONDIENTE PARA EL ACCESO

OTROS DATOS

¿Cómo conociste el Centro y Ciclo? _____

En, a..... de de 202

Firma,

Los datos que se recogen se tratarán o se archivarán con el consentimiento del ciudadano, quien tiene derecho a decidir quién puede tener sus datos, para qué los usa, solicitar que los mismos sean exactos y que se utilicen para el fin que se recogen, con las excepciones contempladas en la legislación vigente. (el abajo firmante conoce y acepta las consideraciones estipuladas en la cláusula que figura en el reverso de esta hoja)

