D. / Dª _____

natural de _____, provincia de _____, con domicilio

en la calle _____nº _____, de _____,

provincia _____tfno (1) _____ tfno (2) _____

matriculado/a en 1º ☐ 2º ☐ C.F.G. Medio ☐ C.F.G. Superior ☐

denominación del Ciclo Formativo: _____

E X P O N E:

S O L I C I T A:

Valladolid, a ……. de ……. de 20….

(firma)

SR. DIRECTOR DEL I.E.S. "RAMÓN Y CAJAL" DE <u>VALLADOLID</u>