**SOLICITUD DE EXCLUSIÓN DE LA PÉRDIDA DEL DERECHO A LA EVALUACIÓN CONTINUA**

D./Dª \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

D.N.I/N.I.E.. Teléfono a efectos de comunicación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Población Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**EXPONE**:

|  |
| --- |
| Que está matriculado en el C.P.I.F.P. LOS ENLACES  |
| Familia Profesional: |  |
| En el Ciclo Formativo: |  |
| Curso: |  | Turno: |  |
| Motivo por el que solicita la exclusión (Marcar la opción que corresponda) |
|  | Que trabaja en la empresa |  |
| con domicilio |  |
| Localidad |  | Provincia |  |
| Con el siguiente horario laboral |  |
|  | Tiene la consideración de Deportista de Elite conforme a lo recogido en la *ORDEN ECD/666/2017, de 20 de abril, por la que se regula la evaluación en las enseñanzas deportivas en los centros docentes de la Comunidad Autónoma de Aragón.* |

**SOLICITA**:

Que le sea concedida, la exclusión de la pérdida de evaluación continua por tener que conciliar el aprendizaje con la actividad laboral, según señala la legislación vigente, de los siguientes módulos:

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Para lo que acompaña la correspondiente justificación documental:

* Certificado de empresa, donde conste el horario laboral
* Contrato de trabajo
* Otros:­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Zaragoza, a de \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

 Firmado:

SRA. DIRECTORA DEL C.P.I.F.P. "LOS ENLACES"