



PREINSCRIPCIÓ CURS 2017-2018

(RESERVA PLAÇA)

CICLE DE GRAU SUPERIOR

HIGIENE BUCODENTAL

Cta Montcada, 512
08223 Terrassa
Tel 937835510
Fax 937361501
cingle@cingle.cat

Dades alumne/a

DNI / NIE de l'alumne/a: Sexe: Home Dona

Nom i cognoms de l'alumne/a:

Data Naixement: Municipi Naix:

Província Naixement: País Naix:

Adreça:

Localitat: Codi postal:

Telèfon casa: Telèfon mòbil:

Correu electrònic:

Escola de procedència:

- | | | | |
|---------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Batxillerat | <input type="checkbox"/> | Amb via científic-tecnològica | <input type="checkbox"/> |
| Curs d'Accés | <input type="checkbox"/> | Amb via científic-tecnològica | <input type="checkbox"/> |
| Prova d'Accés | <input type="checkbox"/> | Amb via científic-tecnològica | <input type="checkbox"/> |
| CFGM | <input type="checkbox"/> | Especialitat _____ | |

Nota mitjana darrers estudis: _____

Terrassa, a _____ de _____ de _____

Signatura:

Documentació que cal aportar:

DNI de l'alumne

Certificat de la nota mitjana dels darrers estudis cursats

Criteri prioritat:

La reserva de plaça dóna prioritat en primer lloc via d'accés: **batxillerat** o **estudis equivalents**, en segon lloc via d'accés: **títol de tècnic i formació** relacionada amb l'accés als cicles de grau superior, (prova d'accés, curs d'accés) i si hi ha **placés vacants** s'assignen a les persones amb **títol de tècnic** de grau mitjà de la branca sanitària (amb prioritat els alumnes de l'escola Cingle).