

LLINATGES:	NOM:
NIF/NIE:	TELÈFON:
ADREÇA:	LOCALITAT:
E-MAIL:	C.P.

EXPOSA:

Que està matriculat/da en el cicle formatiu de grau mitjà de Farmàcia i parafarmàcia a distància i d'acord amb la legislació vigent en el dia de la data.

SOL·LICITA:

La renúncia voluntària en els següents mòduls:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Palma, ____ de _____ de 20

Signatura:

SR. DIRECTOR CIFP FRANCESC DE BORJA MOLL