

**CONSORCIO DE MOVILIDADES ERASMUS+ FP CASTILLA Y LEÓN**  
**SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA 2017-1-ES01-KA103-036563**  
**GRADO SUPERIOR / CONVOCATORIA EXTRAORDINARIA FCTs 2017-18**

DATOS DEL CENTRO DE ENVÍO			
Centro de envío		Interlocutor	
Localidad		Teléfono	
Provincia		Email	

DATOS DEL SOLICITANTE			
NIF / NIE		Domicilio	
Apellido 1		Localidad	
Apellido 2		CP	
Nombre		Provincia	
Fecha de nacimiento		Tfno. fijo	
Nacionalidad		Tfno. móvil	
Sexo		Email	

DATOS ACADÉMICOS			
Familia Profesional			
Ciclo formativo			
Nota media del curso anterior		Recién Titulado	

CONOCIMIENTOS Y NIVEL DE IDIOMAS		PREFERENCIAS PAÍSES E INICIO	
Inglés		1	
Francés		2	
Alemán		3	
Italiano		4	
Portugués		5	
Otro (especificar)		Preferencia mes de inicio	

EMPRESA DE PRÁCTICAS		TUTOR DE PRÁCTICAS EN EL CENTRO	
Facilita el Centro		Nombre y apellidos	
País de empresa		Teléfono	
Realiza FCT		Email	

OBSERVACIONES

DOCUMENTACIÓN APORTADA	
Ficha de solicitud PDF cumplimentada	
Ficha de solicitud escaneada y firmada	
Curriculum Europass del solicitante	
Proyecto de Movilidad	
Expediente Académico	
Certificados de Idiomas	
Datos de empresa (si procede)	
Otros documentos (especificar)	

**FECHA:**

Firma del solicitante	Firma del Tutor	Sello del Centro