

SOLICITUD DE ANULACIÓN DE MATRÍCULA

PLAZO: HASTA EL 30 de ABRIL DE 2021

Por favor, lea con atención la circular sobre ANULACIÓN DE MATRÍCULA que se puede consultar en la página web.

- Podrá **solicitar** anulación de matrícula todo alumno cuya normal dedicación al estudio se vea impedida por circunstancias de carácter laboral, académico, médico o de otra índole, **sobrevenidas con posterioridad a la matrícula**, y consideradas suficientemente justificadas por la Dirección del Centro, cuando la asistencia del alumno se vea afectada al menos durante un tercio del período lectivo (10 semanas),
- Es **imprescindible** acompañar esta solicitud con **documentación que acredite** las circunstancias alegadas, y que en dicha documentación conste la fecha de inicio de la actividad o circunstancia alegadas para la anulación, y el horario de las mismas.
- Solo se procederá a la devolución de las tasas de matrícula cuando, por causas no imputables al obligado al pago del precio, no tenga lugar la realización de la actividad o del servicio correspondiente. (Decreto 16/2014, de 6 de marzo, por el que se establecen los precios públicos correspondientes a las Escuelas Oficiales de Idiomas. Artículo 10)
- La resolución a esta solicitud de anulación **se enviará por correo electrónico** transcurrido un plazo de 15 días hábiles después de su presentación.
- **Una vez concedida la anulación de matrícula, ésta será irrevocable.**

A LA DIRECCIÓN DEL CENTRO

NOMBRE Y APELLIDOS _____

D.N.I. _____ E-mail: _____

TELÉFONOS: _____/_____

Matriculado en: **EOI LAREDO** **SECCIÓN CASTRO** **SECCIÓN SANTOÑA**

IDIOMA: _____ CURSO: _____

DIAS: Lunes / Miércoles Martes / Jueves HORA: _____ PROFESOR/A: _____

SOLICITA LA ANULACIÓN DE SU MATRÍCULA POR EL SIGUIENTE MOTIVO:

(Marque con una cruz el que corresponda):

- | <input type="checkbox"/> | MOTIVO | DOCUMENTACIÓN QUE ADJUNTA |
|--------------------------|--------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | MÉDICO | _____ |
| <input type="checkbox"/> | LABORAL | _____ |
| <input type="checkbox"/> | FAMILIAR/ACADÉMICO | _____ |
| <input type="checkbox"/> | OTROS | _____ |

Si lo desea, puede explicar brevemente su caso:

En _____, a _____ de _____ de 20 _____

Firma del interesado