|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE AUXILIAR DE CONVERSACIÓN DE IDIOMA INGLÉS**  **CENTRO CON PROGRAMA habLE + o habLE-BC**  **AÑO ACADÉMICO 2024-2025** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datos del centro** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de centro | 🞏 CP | | 🞏 CPEB | | | | 🞏 IES | | | 🞏 COL | | | | 🞏 CIFP | |
| Nombre |  | | | | | | | | Código del centro | | | |  | | |
| Domicilio |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Localidad |  | | | | | | | | Código Postal | | | |  | | |
| Teléfono |  | | | | Correo electrónico | | | |  | | | | | | |
| Nivel/es educativo/s  Programa habLE +/BC | 🞏 Primaria | | | 🞏 ESO | | | | 🞏 Bachillerato | | | | 🞏 FP | | | |
| 🞏 SI | 🞏 NO | | 🞏 SI | | 🞏 NO | | 🞏 SI | | | 🞏 NO | 🞏 SI | | | 🞏 NO |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| D./Dña. | ………………………………………………………………………………………………………………………………………..., | |
| director/directora del | | ………………………………………………………………………………………………………………..….. |
| declara que los datos consignados en esta solicitud son ciertos. | | |

Marque la casilla para confirmar que ha cumplimentado el formulario correspondiente con la misma información que figura en esta solicitud.

|  |  |
| --- | --- |
| En ………………….………a ……..…. de …………………….. de 2024 | |
| (firma) | |
| (Sello del Centro o firma electrónica) |  |