|  |
| --- |
| **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/sPrograma 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) |  |