

**SOLICITUD DE SUSPENSIÓN DE LA FORMACIÓN EN EMPRESA  
U ORGANISMO EQUIPARADO**

D./Dña. \_\_\_\_\_ con DNI/NIE \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Población \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

**EXPONE:**

1. Que se encuentra matriculado en el Centro educativo:

\_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_

2. Que se encuentra en alguna de las siguientes situaciones que le impiden realizar el periodo de FEM durante el presente curso:

- Incorporación a un puesto de trabajo.
- Enfermedad o accidente.
- Causa excepcional debidamente justificada.

**SOLICITA:**

La suspensión de la formación en empresa u organismo equiparado.

A tal efecto presenta la siguiente documentación:

☐☐

En ....., a ..... de ..... de 202...

EL/LA ALUMNO/ALUMNA

Fdo.: