INSTITUTO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA ANTARES
C/ Fernando Trueba, 10 - 28521 Rivas Vaciamadrid (MADRID)
Teléf.: 91 499 69 34 - Fax: 91 499 69 36 (C.C.: 28064007)
Correo-e: ies.antares.rivas@educa.madrid.org

CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN Y JUVENTUD
Comunidad de Madrid

SOLICITUD DEL TÍTULO DE BACHILLER

Primer apellido

Segundo apellido

Nombre

DNI / NIE

Fecha de nacimiento: …….…..……. **Lugar de nacimiento**: ……..……..

Domicilio: C/……..……. **Número/Piso/Letra**: …….

Localidad: ……..……. **Código Postal**: ……

PAGO DE TASAS (marcar el que corresponda)

NORMAL ☐ **FAM. NUMEROSA GENERAL** ☐ **FAM. NUMEROSA ESPECIAL** ☐

Que teniendo aprobadas todas las asignaturas del Bachillerato, como consta en su expediente académico, previo pago de las tasas en vigor, y habiendo justificado documentalmente sus datos personales, **S O L I C I T A** se tramite la expedición de su Título de Bachiller.

En Rivas Vaciamadrid, a … ……. de …….…….. de ……

Firma del interesado o de sus tutores legales,

Solicita la emisión del historial académico: Sí ☐ No ☐

Sr. Director del IES Antares