



Castilla-La Mancha

Consejería de Educación, Cultura y Deportes  
Dirección General de Inclusión Educativa y Programas

Nº Procedimiento  
040106

Código SIACI  
SI15

**ANEXO III**  
**RENUNCIA A LA PLAZA ASIGNADA O A LA PARTICIPACIÓN EN EL PROCESO**  
**ADMISIÓN DE ALUMNADO EN CENTROS DOCENTES PÚBLICOS Y PRIVADOS CONCERTADOS**  
**SEGUNDO CICLO DE E. INFANTIL, E. PRIMARIA, E.S.O. Y BACHILLERATO**  
**CURSO 2020/ 2021**

**DATOS DE LA SOLICITUD**

APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

DENOMINACIÓN DEL CENTRO SOLICITADO EN PRIMERA OPCIÓN Y LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

NIVEL EDUCATIVO SOLICITADO (marcar el nivel solicitado):

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                               |                               |                               |                                                            |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |    |    |    |    |    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |    |    |    |    |                                                            |                          |                          |                          |                          |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |    |               |                          |                          |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|--------------------------|--------------------------|--|
| E. Infantil                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | E. Primaria                   | E.S.O.                        | Bachillerato                  |                                                            |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |    |    |    |    |    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |    |    |    |    |                                                            |                          |                          |                          |                          |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |    |               |                          |                          |  |
| <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">1º<br/><small>(3 años)</small></td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">2º<br/><small>(4 años)</small></td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">3º<br/><small>(5 años)</small></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | 1º<br><small>(3 años)</small> | 2º<br><small>(4 años)</small> | 3º<br><small>(5 años)</small> | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">1º</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">2º</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">3º</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">4º</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">5º</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">6º</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | 1º | 2º | 3º | 4º | 5º | 6º | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">1º</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">2º</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">3º</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">4º</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">¿Desea cursar<br/>enseñanza bilingüe?<br/><small>(5)</small></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | 1º | 2º | 3º | 4º | ¿Desea cursar<br>enseñanza bilingüe?<br><small>(5)</small> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">1º</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">2º</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">Modalidad (6)</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"></td> </tr> </table> | 1º | 2º | Modalidad (6) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 1º<br><small>(3 años)</small>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 2º<br><small>(4 años)</small> | 3º<br><small>(5 años)</small> |                               |                                                            |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |    |    |    |    |    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |    |    |    |    |                                                            |                          |                          |                          |                          |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |    |               |                          |                          |  |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      |                               |                                                            |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |    |    |    |    |    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |    |    |    |    |                                                            |                          |                          |                          |                          |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |    |               |                          |                          |  |
| 1º                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2º                            | 3º                            | 4º                            | 5º                                                         | 6º                       |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |    |    |    |    |    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |    |    |    |    |                                                            |                          |                          |                          |                          |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |    |               |                          |                          |  |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/> |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |    |    |    |    |    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |    |    |    |    |                                                            |                          |                          |                          |                          |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |    |               |                          |                          |  |
| 1º                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2º                            | 3º                            | 4º                            | ¿Desea cursar<br>enseñanza bilingüe?<br><small>(5)</small> |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |    |    |    |    |    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |    |    |    |    |                                                            |                          |                          |                          |                          |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |    |               |                          |                          |  |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      | Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>    |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |    |    |    |    |    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |    |    |    |    |                                                            |                          |                          |                          |                          |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |    |               |                          |                          |  |
| 1º                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2º                            | Modalidad (6)                 |                               |                                                            |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |    |    |    |    |    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |    |    |    |    |                                                            |                          |                          |                          |                          |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |    |               |                          |                          |  |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>      |                               |                               |                                                            |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |    |    |    |    |    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |    |    |    |    |                                                            |                          |                          |                          |                          |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |    |               |                          |                          |  |

CENTRO ADJUDICADO Y MODALIDAD, EN SU CASO, EN LA RESOLUCIÓN PROVISIONAL:

| DENOMINACIÓN | LOCALIDAD | MODALIDAD | Marcar la opción adjudicada |
|--------------|-----------|-----------|-----------------------------|
|              |           |           |                             |

ADJUDICACIÓN DE OFICIO       PERMANECE EN SU CENTRO

Y, EN SU NOMBRE, DON / DOÑA: \_\_\_\_\_ CON DNI / NIF / NIE / Pasaporte Nº: \_\_\_\_\_

Y, DON / DOÑA: \_\_\_\_\_ CON DNI / NIF / NIE / Pasaporte Nº: \_\_\_\_\_

COMO PADRE / MADRE / TUTORES O TUTORAS LEGALES DEL ALUMNO O ALUMNA

MANIFESTAMOS QUE, CONFORME AL ARTÍCULO 17 DE LA ORDEN 05/2017 DE 19 DE ENERO, **DESEAMOS RENUNCIAR A PARTICIPAR EN EL PROCESO DE ADMISIÓN**, Y, EN SU CASO, DAMOS POR TANTO NUESTRA CONFORMIDAD A QUE EL ALUMNO/ALUMNA, ANTES CITADO/CITADA, PERMANEZCA ESCOLARIZADO/ESCOLARIZADA EN SU CENTRO DE PROCEDENCIA.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_  
El padre o tutor/a 1 / DNI - NIE      La madre o tutor/a 2 / DNI - NIE      El alumno o alumna (si es mayor de edad) DNI - NIE

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_

**MUY IMPORTANTE: LA PRESENTE RENUNCIA A LA PLAZA ADJUDICADA DEBERÁ SER FIRMADA POR EL PADRE Y LA MADRE, O TUTORES O TUTORAS LEGALES.**

**INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS**

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Responsable</b>           | Viceconsejería de Educación                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Finalidad</b>             | Gestión de la admisión del alumnado en los centros educativos de Castilla-La Mancha                                                                                                                                                                                      |
| <b>Legitimación</b>          | Cumplimiento de una obligación legal / Ejercicio de poderes públicos - Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación / Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa / Ley 7/2010, de 20 de julio, de Educación de Castilla-La Mancha |
| <b>Destinatarios</b>         | Existe cesión de datos                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Derechos</b>              | Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional.                                                                                                                |
| <b>Información adicional</b> | Disponible en la dirección electrónica: <a href="https://www.castillalamancha.es/protecciondedatos">https://www.castillalamancha.es/protecciondedatos</a>                                                                                                                |

SR./SRA. DIRECTOR/DIRECTORA DEL CENTRO DOCENTE \_\_\_\_\_