

ANEXO V

Solicitud de convalidación de módulos de formación profesional

DATOS PERSONALES

NIF/NIE/PASAPORTE NOMBRE

APELLIDOS

DOMICILIO

CÓDIGO POSTAL LOCALIDAD PROVINCIA.....

Tfno. móvil Correo electrónico

DATOS DEL INSTITUTO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA O CENTRO DE FORMACIÓN COMPETENTE

DENOMINACIÓN: IES CENTRO INTEGRAL DE FP A DISTANCIA IGNACIO ELLACURIA

DIRECCIÓN: C/ Institutos, nº. 4.

CÓDIGO POSTAL 28925 LOCALIDAD ALCORCÓN. PROVINCIA MADRID

Tfno. fijo 914229511 - Correo electrónico secretaria.ies.ignacioellacuria.alcorcon@educa.madrid.org

CICLO FORMATIVO EN EL QUE SE ENCUENTRA MATRICULADO

.....

ESTUDIOS QUE APORTA (Indicar si es LOGSE/LOE/Estudios universitarios/otros)

.....

.....

.....

MÓDULOS PROFESIONALES QUE SOLICITA:(Se debe hacer constar el nombre correcto. En el caso de módulos profesionales LOE, indicar el código especificado en el Real Decreto que establece el título)

.....

.....

.....

En, a de de 20.....

Firma del solicitante:

