

SOLICITUD DE CONVALIDACIÓN DE MÓDULOS PROFESIONALES DE FORMACIÓN PROFESIONAL

DATOS PERSONALES:

NIF/NIE/Pasaporte	<input type="text"/>	Nombre	<input type="text"/>
Apellidos	<input type="text"/>		
Domicilio	<input type="text"/>		
Código postal	<input type="text"/>	Localidad	<input type="text"/>
		Provincia	<input type="text"/>
Tif. Fijo	<input type="text"/>	Tif. Móvil	<input type="text"/>
		Correo electrónico	<input type="text"/>

DATOS DEL INSTITUTO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA O CENTRO DE FORMACIÓN COMPETENTE:

Denominación	<input type="text"/>		
Dirección	<input type="text"/>		
Código postal	<input type="text"/>	Localidad	<input type="text"/>
		Provincia	<input type="text"/>
Tif. Fijo	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
		Correo electrónico	<input type="text"/>

CICLO FORMATIVO EN EL QUE SE ENCUENTRA MATRICULADO:

<input type="text"/>	(Marcar el que corresponda)
<input type="text"/>	LOGSE <input type="checkbox"/>
	LOE <input type="checkbox"/>

ESTUDIOS QUE APORTA (Indicar si es LOGSE/ LOE/Estudios Universitarios/Otros):

<input type="text"/>
<input type="text"/>

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

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Autorizo la transmisión de mis datos personales al Ministerio de Educación y Formación Profesional, a los efectos de trámite de las convalidaciones que le corresponda resolver en virtud de lo establecido en la Orden ECD/1055/2017 de 26 de octubre (BOE 02/11/2017) (Marcar la casilla con X)

FECHA

A CUMPLIMENTAR POR EL CENTRO EDUCATIVO:

FIRMA DEL/DE LA SOLICITANTE

D./Dña. <input type="text"/>	, como director/a del Centro,
certifico que los datos referidos en esta solicitud son correctos.	
En <input type="text"/>	, a <input type="text"/> de <input type="text"/> de <input type="text"/>
	El director/a
	(SELLO del IES/CIFP)
	Fdo.: <input type="text"/>

SR./SRA. DIRECTOR/A DEL:
(Nombre del centro docente)