

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)