



SOLICITUD DE CONVALIDACIÓN DE MÓDULOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL

DATOS PERSONALES:

NIF/NIE/Pasaporte Nombre

Apellidos

Domicilio

Código postal Localidad Provincia

Tlf. Fijo Tlf. Móvil Correo electrónico

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

Denominación CENTRO PÚBLICO INTEGRADO DE FORMACIÓN PROFESIONAL CORONA DE ARAGÓN

Dirección: C/ Corona de Aragón, 35

Código postal: 50009 Localidad: ZARAGOZA Provincia: ZARAGOZA

Tlf. Fijo: 976467000 Fax: 976467061 Correo electrónico: info@cpicorona.es

CICLO FORMATIVO EN EL QUE SE ENCUENTRA MATRICULADO:

..... (Marcar el que corresponda)

LOGSE

LOE

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

.....

.....

.....

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)

CÓDIGO	NOMBRE DEL MÓDULO PROFESIONAL QUE DESEA CONVALIDAR

FECHA de de

FIRMA DEL SOLICITANTE

CUMPLIMENTAR POR EL CENTRO EDUCATIVO:

D./Dña. Alfonso Algárate Algárate como director/a del Centro, certifico que los datos referidos en esta solicitud son correctos.

En, a de de

El director/a

(SELLO del CPIFP)

Fdo.: Alfonso Algárate Algárate

ADJUNTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

- Certificación académica oficial de los estudios aportados, expedida por un centro oficial (original o fotocopia compulsada).
- En caso de estudios universitarios, los programas de las asignaturas sellados por la universidad (original o fotocopia compulsada).
- SR./SRA. DIRECTOR/A DEL CENTRO PÚBLICO INTEGRADO DE FORMACIÓN PROFESIONAL