



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)

Table with 2 columns: CÓDIGO, NOMBRE DEL MÓDULO PROFESIONAL QUE DESEA CONVALIDAR

FECHA de de

FIRMA DEL SOLICITANTE

CUMPLIMENTAR POR EL CENTRO EDUCATIVO:

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

En, adede

El director/a

(SELLO del CPIFP)

Fdo.: Javier Romeo Castro

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