

ANEXO V
Solicitud de convalidación de módulos de formación profesional

DATOS PERSONALES:

NIF/NIE/Pasaporte _____ Nombre _____
Apellidos _____
Domicilio _____
Código postal _____ Localidad _____ Provincia _____
Teléfono Fijo _____ Teléfono Móvil _____
Correo electrónico (en mayúsculas) _____

DATOS DEL INSTITUTO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA O CENTRO DE FORMACIÓN COMPETENTE

Denominación: IES EMILIO FERRARI

Dirección: Calle Sementera, S/N Código postal: 47009 Localidad: Valladolid Provincia: Valladolid

Teléfono: 983334854. Correos electrónicos: 47004585@educa.jcyl.es — 47004585.administra@educa.jcyl.es

CICLO FORMATIVO EN EL QUE SE ENCUENTRA MATRICULADO

_____ (Marcar el que corresponda)
LOGSE ☐
LOE ☐
LFP ☐

ESTUDIOS QUE APORTA (indicar si es LOGSE/LOE/Estudios Universitarios/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)

Valladolid, a _____ de _____ de 20____
(firma del solicitante)

SR. DIRECTOR DEL IES EMILIO FERRARI – VALLADOLID