

ANEXO IV
Orden ECD/2159/2014, de 7 de noviembre



MINISTERIO
DE EDUCACIÓN, CULTURA
Y DEPORTE

JUNTA DE ANDALUCÍA
CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN



SOLICITUD DE CONVALIDACIÓN DE MÓDULOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL

1. DATOS PERSONALES:

NIF/NIE/Pasaporte 31021855F Nombre José Carlos
Apellidos Raya León
Domicilio Avenida de la Constitución 17 3ºP
Código postal 14550 Localidad Granada Provincia Granada
Tlf. Fijo 957655755 Tlf. Móvil 638564461 Correo electrónico rayaleonjosecarlos@gmail.com

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

Denominación Escuela Arte Granada
Dirección Calle Doctor Olóriz 6
Código postal 18012 Localidad Granada Provincia Granada
Tlf. Fijo 958278060 Fax Correo electrónico

3. CICLO FORMATIVO EN EL QUE SE ENCUENTRA MATRICULADO:

CFGS Desarrollo de Aplicaciones Web

(Marcar el que corresponda)

LOGSE ☐

LOE ☒

4. ESTUDIOS QUE APORTA (Indicar si es LOGSE/ LOE/Estudios universitarios/Otros):
CFGM Sistemas Microinformáticos y Redes LOE

5. 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)
Empresa e Iniciativa Emprendedora 0381

FIRMA DEL SOLICITANTE y FECHA:
03/10/2017

6. CUMPLIMENTAR POR EL CENTRO EDUCATIVO (sólo en el caso de que esta solicitud deba ser remitida al MECD):

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

En, a de de

El director/a

(SELLO del centro)

Fdo.:

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 INSTITUTO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA O CENTRO DE FORMACIÓN AUTORIZADO.