

SOLICITUD DE CONVALIDACIÓN DE MÓDULOS PROFESIONALES DE FORMACIÓN PROFESIONAL

OATOS PERSONALES:		
NIF/NIE/Pasaporte Nombre		
Apellidos		
Domicilio		
Código postal Localidad		Provincia
Tlf. Fijo Tlf. Móvil C	Correo electrónico	
ATOS DEL INSTITUTO DE EDUCACIÓN SECUNDA	ARIA O CENTRO DE FORMACIÓN	COMPETENTE:
Denominación		
Dirección		
Código postal Localidad		Provincia
Tlf. Fijo Fax Fax	Correo electrónico	
ICLO FORMATIVO EN EL QUE SE ENCUENTRA M	IATRICULADO:	(Marcar el gue corresponda)
		LOGSE
CTUDIOS OUE ADODTA (Indiana) or 1 0005/1 05/5	(malling 11 m) m m (final m) (O(m))	LOE
STUDIOS QUE APORTA (Indicar si es LOGSE/ LOE/E	studios Universitarios/Otros):	
MÓDULOS PROFESIONALES QUE SOLICITA: (Se o dicar el código especificado en el Real Decreto que estable		En caso de modulos profesionales LOC,
	FECHA	
	FIRMA DEL SOLICITANTE	
UMPLIMENTAR POR EL CENTRO EDUCATIVO:		
D./Dña. Lcertifico que los datos referidos en esta soli	citud con correctos	,como director/a del Centro,
		El director/a
En, a de	de	
	(SELLO del IES/CPIFP)	
	Fo	do.:
DJUNTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:		
Certificación académica oficial de los estudios aport		
En caso de estudios universitarios, los programas d	e las asignaturas sellados por la uni	versidad (original o fotocopia compuls
SR./SRA. DIRECTOR/A DEL: INSTITUTO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA		
CENTRO PÚBLICO INTEGRADO DE FORMACIÓ	INI DDOEESIONIA!	
J CENTRO FUDLICO INTEGRADO DE FORMACIO	IN FRUFESIUNAL	

De acuerdo con lo dispuesto en el Art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y la normativa vigente en materia de convalidaciones de módulos profesionales de Formación Profesional, le informamos que sus datos serán objeto de cesión a las administraciones o autoridades competentes (Ministerio de Educación y Formación Profesional, Departamento de Educación, Cultura y Deporte o Dirección de centros docentes públicos), con la finalidad de poder gestionar la solicitud presentada