

ANEXO V

Solicitud de convalidación de módulos de formación profesional

DATOS PERSONALES

NIF/NIE/Pasaporte 3345234C Nombre pepe3
Apellidos pepito3
Domicilio asdfasdrf
Código postal 44444 Localidad dfgsdf Provincia sdfgsdf
Tlf. Fijo Tlf. Móvil 6666666666 Correo electrónico dsf@c.com

DATOS DEL INSTITUTO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA
O CENTRO DE FORMACIÓN COMPETENTE

Denominación IES UNIVERSIDAD LABORAL
Dirección AVDA. EUROPA, 28
Código postal 45003 Localidad TOLEDO
Provincia TOLEDO Tlf.Fijo925223400 Fax925222454 Correo electrónico45003796.ies@edu.jccm.es

CICLO FORMATIVO EN EL QUE SE ENCUENTRA MATRICULADO

Grado Superior de Asistencia a la Dirección

(Marcar el que corresponda)

LOGSE ☐LOE ☒

ESTUDIOS QUE APORTA (Indicar si es LOGSE/LOE/Estudios universitarios/otros)
(LOE) xxxxxxxx, (Universitarios) xxxxxxxxxx

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)

0648-Recursos humanos y responsabilidad social corporativa;

FIRMA DEL SOLICITANTE y FECHA



18 de abril de 2024

iesulabto_convcm_18042024_3c3abd20