

ANEXO IV



MINISTERIO
DE EDUCACIÓN, CULTURA
Y DEPORTE

SOLICITUD DE CONVALIDACIÓN DE MÓDULOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL

DATOS PERSONALES:

NIF/NIE/Pasaporte	Nombre
Apellidos.....	
Domicilio	
Código postal	Localidad
Provincia.....	
Tif. Fijo	Tif. Móvil.....
Correo electrónico.....	

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

Denominación: IES Puerto de la Cruz - Telesforo Bravo		
Dirección: C/ Las Cabezas, 7		
Código postal: 38400	Localidad: Puerto de la Cruz	Provincia: Santa Cruz de Tenerife
Tif. Fijo: 922380112	Fax: 922370236	Correo electrónico: info@iespuertodelacruz.es

CICLO FORMATIVO EN EL QUE SE ENCUENTRA MATRICULADO:

..... (Marcar el que corresponda)

LOGSE

LOE

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)

.....

.....

.....

.....

FIRMA DEL SOLICITANTE y FECHA:

CUMPLIMENTAR POR EL CENTRO EDUCATIVO:

D. Sergio Delgado Quintero, como director/a del centro, certifico que los datos referidos en esta solicitud son correctos.	El director
En Puerto de la Cruz, a de de	(SELLO del IES)
	Fdo.: Sergio Delgado Quintero

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.