

ANEXO V

Solicitud de convalidación de módulos de formación profesional

DATOS PERSONALES

NIF/NIE/Pasaporte Nombre

Apellidos

Domicilio

Código postal Localidad Provincia.....

Tlf. Fijo Tlf. Móvil Correo electrónico

DATOS DEL INSTITUTO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA O CENTRO DE FORMACIÓN COMPETENTE

Denominación COLEGIO SANTÍSIMA TRINIDAD

Dirección PASEO DE CARMELITAS 46-52; PEÑA DE FRANCIA 2

Código postal 37007 Localidad SALAMANCA

Provincia SALAMANCA Tlf. Fijo. 923225477.. Fax..... Correo electrónico...colegio@trinitarias.com

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