



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: ***CIFP SAN CRISTÓBAL (35014652)***

Dirección: ***C/ CÓRDOBA Nº 46-B***

Código postal: ***35016*** Localidad: ***Las Palmas de Gran Canaria***

Provincia: ***Las Palmas***

Teléfono: ***928118008*** Correo electrónico: ***secretaria-35014652@gobiernodecanarias.org***

CICLO FORMATIVO EN EL QUE SE ENCUENTRA MATRICULADO

ESTUDIOS QUE APORTA (Indicar si es LOGSE/LOE/LOMLOE-LOOIFP/ Estudios universitarios/otros)

MÓDULOS PROFESIONALES QUE SOLICITA: (Se debe hacer constar el nombre correcto.
En caso de módulos profesionales LOMLOE/LOOIFP, indicar el código especificado en
el Real Decreto que establece el título)

FIRMA DEL SOLICITANTE y FECHA