



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**

Dirección: **C/ CÓRDOBA Nº 46-B**

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

Provincia: **Las Palmas** Teléfono: **928117000** Correo electrónico: **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