



35014652



CIFP San Cristóbal

MINISTERIO DE EDUCACIÓN,
FORMACIÓN PROFESIONAL,
ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTES

CURSO 2024/2025

SOLICITUD DE CONVALIDACIÓN DE MÓDULOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL

DATOS PERSONALES:

NIF/NIE/Pasaporte

Apellidos: Nombre:

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: CÓRDOBA, 46 B

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

Tlf. Fijo: 928 33 60 83 Correo electrónico: 35014652@gobiernodecanarias.org

CICLO FORMATIVO EN EL QUE SE ENCUENTRA MATRICULADO: LOMLOE-LOOIFP 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:

En Las Palmas de Gran Canaria a 10 de mayo de 2024

CUMPLIMENTAR POR EL CENTRO EDUCATIVO:

D./D^a. como director/a del centro, certifico que los datos referidos en esta solicitud son correctos.

La directora
(Sello del centro)
Fdo.

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