

SOLICITUD DE CONVALIDACIÓN

D./Dña.	<input type="text"/>	DNI/NIE	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>
Domicilio	<input type="text"/>		
Población	<input type="text"/>	Provincia	<input type="text"/>
		CP	<input type="text"/>

EXPONE

1. Que se encuentra matriculado en el Centro educativo:
en el ciclo formativo denominado
2. Que acredita **estudios del ciclo formativo de artes plásticas y diseño:**
 1.
 2.

SOLICITA LA CONVALIDACIÓN DE LOS MÓDULOS:

1.	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>
5.	<input type="text"/>
6.	<input type="text"/>
7.	<input type="text"/>
8.	<input type="text"/>

A tal efecto presenta la siguiente documentación:

- Fotocopia del DNI.
- Certificación académica personal de los estudios realizados.

En , a de de

Firmado:

DIRECTOR/DIRECTORA DEL CENTRO EDUCATIVO