



C.I.F.P. "Simón de Colonia" Burgos

R4-PO-13

Rev.: 0

SOLICITUD DE CONVALIDACIÓN DE MÓDULO/S

Pág. 1 de 1

D./D^a. _____

D.N.I. _____ Teléfono a efectos de comunicación _____

Correo electrónico _____

Domicilio _____

Población _____ Provincia _____ C.P. _____

EXPONE:

1. QUE HA CURSADO LOS SIGUIENTES ESTUDIOS _____

EN EL CENTRO _____ DE _____

2. QUE ESTÁ MATRICULADO/A EN EL CENTRO INTEGRADO DE FORMACIÓN PROFESIONAL "SIMÓN DE COLONIA" DE BURGOS, EN EL CICLO FORMATIVO DE GRADO _____ DENOMINADO _____

SOLICITA:

LA CONVALIDACIÓN DEL/LOS SIGUIENTE/S MÓDULO/S

A tal efecto **PRESENTA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:**

1. Fotocopia compulsada de la documentación acreditativa de los estudios cursados, o en su caso, certificación académica oficial de los estudios cursados, del certificado de profesionalidad o de la acreditación parcial a que se refiere el artículo 44 del Real Decreto 1538/2006.

Burgos, a _____ de _____ de _____
(Firma)

Sr. Director del Centro Integrado de Formación Profesional "Simón de Colonia" de Burgos