

ANEXO V  
Solicitud de convalidación de módulos de formación profesional

DATOS PERSONALES:

NIF/NIE/Pasaporte \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
Apellidos \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_  
Código postal \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Teléfono Fijo \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil \_\_\_\_\_ Correo electrónico (en mayúsculas) \_\_\_\_\_

DATOS DEL INSTITUTO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA O CENTRO DE FORMACIÓN COMPETENTE

Denominación: IES RIBERA DE CASTILLA

Dirección: Mirabel, 25 Código postal: 47010 Localidad: Valladolid Provincia: Valladolid

Teléfono: 983 260 716. Correos electrónicos: 47006545@educa.jcyl.es — secretaria@iesribera.es

CICLO FORMATIVO EN EL QUE SE ENCUENTRA MATRICULADO

\_\_\_\_\_ (Marcar el que corresponda)  
LOGSE   
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)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Valladolid, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_  
(firma del solicitante)

SR. DIRECTOR DEL IES "RIBERA DE CASTILLA" – VALLADOLID