

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 **CENTRO PÚBLICO INTEGRADO DE FORMACIÓN PROFESIONAL PIRÁMIDE**
Dirección **CRTA. CUARTE S/N** Código postal **22004** Localidad: **HUESCA**
Provincia **HUESCA** Tlf. Fijo : **974210102** Fax **974 353 609**
Correo electrónico **cpifppiramide@educa.aragon.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)

FIRMA DEL SOLICITANTE y FECHA

