

ANEXO IV

SOLICITUD DE CONVALIDACIÓN DE ESTUDIOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL

D/D^a: _____

DNI-NIE: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____

Población: _____ Provincia: _____ CP: _____

EXPONE:

1. Que ha cursado los siguientes estudios:

2. Que está matriculado en el centro: COLEGIO SIERRA PAMBLEY Localidad: HOSPITAL DE ÓRBIGO.

Provincia: LEÓN

En el Ciclo Formativo de grado: MEDIO Denominado: TÉCNICO EN JARDINERÍA Y FLORISTERÍA.

SOLICITA:

Convalidación del módulo/os

A tal efecto presenta la siguiente documentación:

Fotocopia del Documento de Identificación (nacional o extranjero).

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

Hospital de Órbigo a ____ de _____ de 20__

Firmado:

SR/A DIRECTOR/A DEL COLEGIO SIERRA PAMBLEY.