

## 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 IES Augusto González de Linares  
Dirección C/ Primero de Mayo nº 1 Código postal 39011  
Localidad Santander Provincia Cantabria  
Tlf.Fijo 942 33 74 11 Fax 942 34 19 01  
Correo electrónico ies.augustogonzalezdelinares@educantabria.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