**ANEXO V. SOLICITUD DE CONVALIDACIÓN DE MÓDULOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL**

**DATOS PERSONALES**

NIF/NIE/Pasaporte…………………..Nombre………………………………………………...

Apellidos……………………………………………………………………………………….…Domicilio………………………………………………………….Código Postal………..…….

Localidad……………….…….Provincia…………….…Tlf. móvil…………………………….

Correo electrónico…………………………….…………………………………………..…….

**DATOS DEL INSTITUTO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA O CENTRO DE FORMACIÓN COMPETENTE**

Denominación: CENTRO INTEGRADO DE F.P. CARLOS III

Dirección: C/ Carlos III nº 3

Código postal: 30201 LOCALIDAD: Cartagena: PROVINCIA: Murcia.

Teléfono: 968321301 Correo electrónico: 30019702@murciaeduca.es

**CICLO FORMATIVO EN EL QUE SE ENCUENTRA MATRICULADO**

………………………………………………………………………….(Marcar el que corresponda)

* LOGSE
* LOE

**ESTUDOS 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