

ENSEÑANZAS DE FORMACIÓN PROFESIONAL

**SOLICITUD DE CONVALIDACIÓN DE ESTUDIOS CUYO RECONOCIMIENTO
CORRESPONDE A LA CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN, CIENCIA Y CULTURA.**

D/D^a.....
con documento de identidad N^o.....y domicilio
en:.....Municipio:.....
CP:.....Provincia:.....

EXPONE:

1. Que está matriculado en el Centro:
Dirección del centro:.....
Código Postal:....., provincia de, en el ciclo formativo de
grado.....denominado:.....

2. Que ha cursado y superado los siguientes
estudios:.....
.....

SOLICITA:

La convalidación de los siguientes módulos:

.....
.....
.....

A tal efecto, presenta la siguiente documentación: (márquese la que proceda).

- ☐ Certificación de estar matriculado en los estudios de Formación Profesional cuya convalidación solicita.
- ☐ Fotocopia del documento de identificación.
- ☐ Fotocopia compulsada de la certificación académica de los estudios realizados.
- ☐ Fotocopia compulsada del título.
- ☐ Otra documentación. (especificar cual)

.....a de.....de 20....

Firmado:

SR./SRA. DIRECTOR/A GENERAL DE FORMACIÓN PROFESIONAL.

INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable: Dirección General de Programas, Atención a la Diversidad y Formación Profesional

Finalidad: Gestión administrativa y educativa del alumnado de centros docentes de Castilla-La Mancha.

Legitimación: Cumplimiento de una obligación legal; Ejercicio de poderes públicos (Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación; Ley 7/2010, de 20 de julio, de Educación de Castilla-La Mancha)

Destinatarios: Existe cesión de datos al Ministerio de Educación y Formación Profesional.

Derechos: Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional

Información adicional: Puede solicitarla en la dirección de correo: protecciondatos@lccm.es