



Centro de Formación Profesional

**ENSEÑANZAS DE FORMACIÓN PROFESIONAL
SOLICITUD DE CONVALIDACIÓN DE ESTUDIOS CUYO RECONOCIMIENTO
CORRESPONDE A LA DIRECCIÓN DEL CENTRO.**

D/D^a....., Documento de identidad
Nº.....Domicilio:.....
Teléfono.....Población.....CP.....
Provincia.....

EXPONE:

1. Que está matriculado en el centro:
Localidad..... Provincia.....
En el ciclo formativo de grado.....denominado:.....
.....

2. Que reúne alguno de los requisitos siguientes: (márquese el que proceda)

- ☐ Tener módulos profesionales establecidos en un Título de Formación Profesional de grado medio o superior al amparo de la Ley Orgánica 1/1990, cuya convalidación está definida en el Título que lo ha sustituido al amparo de la Ley Orgánica 2/2006.
- ☐ Tener superados módulos profesionales que el Ministerio de Educación o la Consejería de Educación y Ciencia haya establecido su convalidación a través de normativa específica.
- ☐ Tener acreditadas unidades de competencia que formen parte del Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales.
- ☐ Tener superadas enseñanzas de régimen especial que el Ministerio de Educación haya establecido su convalidación a través de normativa específica, en cumplimiento del artículo 48 del Real Decreto 1538/2006.

SOLICITA:

Que le sea concedida por la Dirección del Centro la convalidación de los módulos profesionales siguientes del ciclo formativo en el que está matriculado/a:

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

A tal efecto presenta la siguiente documentación:

- ☐ Original o fotocopia compulsada de la documentación acreditativa de los estudios cursados o unidades de competencia acreditadas.

.....a.....de.....de.....

Firmado:.....

DIRECTOR/A DEL CENTRO.....

