



ANEXO VIII

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

D/Dª....., 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 Catalogo 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.....



ANEXO X
ENSEÑANZAS DE FORMACIÓN PROFESIONAL

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

D/Dª .....
con documento de identidad Nº ..... 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.



ANEXO IV

MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE

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 .....
Dirección .....
Código postal ..... Localidad ..... Provincia.....
Tlf. Fijo ..... Fax ..... Correo electrónico .....

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:

CUMPLIMENTAR POR EL CENTRO EDUCATIVO:

D./Dña. ...., como director/a del centro,
certifico que los datos referidos en esta solicitud son correctos.
En ..... a ..... de ..... de .....
El director/a (SELLO del IES)
Fdo.: .....

ADJUNTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

- Certificación académica oficial de los estudios aportados, expedida por un centro oficial (original o fotocopia compulsada).
- En caso de estudios universitarios, los programas de las asignaturas sellados por la universidad (original o fotocopia compulsada).

SR./SRA. DIRECTOR/A DEL INSTITUTO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA O CENTRO DE FORMACIÓN AUTORIZADO.

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@jccm.es