CES, Escuela Superior de Imagen y Sonido
C/ Mar Adriático, 11 28033 Madrid
Teléfono 917250008
www.escuelaces.com
e-mal: secretaria.tramites@escuelaces.com

SOLICITUD DE CONVALIDACIÓN DE MÓDULOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL

DATOS PERSONALES

NIF/NIE/Pasaporte : _____ Nombre _____

Apellidos: _____

Domicilio: _____

Código postal: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

DATOS DEL INSTITUTO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA O DENTRO DE FORMACIÓN COMPETENTE

Denominación. ***CES, Escuela Superior de Imagen y sonido***

Dirección: ***Calle Mar Adriático, 11***

Código postal: ***28033*** Localidad: ***Madrid***

Provincia: ***Madrid*** Tlf.Fijo.: ***917250000*** Fax.: _____ Email: ***secretaria.tramites@escuelaces.com***

CICLO FORMATIVO EN EL QUE SE ENCUENTRA MATRICULADO

Que le sean convalidados los módulos profesionales siguientes del ciclo formativo en el que está matriculado:

(Marcar el que corresponda)

_____ ☐ LOGSE

☐ LOE

ESTUDIOS QUE APORTA (Indicar si es LOGSE/LOE/Estudios Universitarios)

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