



SOL·LICITUD DE CONVALIDACIÓ SINGULAR DE CICLES FORMATIUS PROFESSIONALS

Dades centre educatiu:

Codi 43000329	Nom Institut Ramon Berenguer IV d'Amposta			
Adreça (Carrer/Avinguda/Plaça) Av. Mestre Músic Sunyer, 1-37	Codi postal 43870	Localitat Amposta	Telèfon contacte 977701556	Adreça electrònica e3000329@xtec.cat

Dades de la persona sol·licitant (alumne / alumna)

DNI / NIE / Passaport	Cognoms i nom		
Data naixement	Telèfon	Adreça electrònica	
____/____/____			

Matriculat o matriculada al cicle formatiu:

- CFPM 1601 - Tècnic en Cures Auxiliars d'Infermeria (LOGSE)
- CFPS SAH0- Tècnic Superior en Higiene Bucodental (LOE)
-
-

Exposo

1. Que he cursat els estudis següents:

-
-
-
-

2. Que adjunto a la sol·licitud la documentació següent (Original i fotocòpia compulsada):

- DNI/NIE/Passaport.
- Títol o resguard de tramitació.
- Certificació acadèmica personal dels estudis cursats (detalladament per hores i crèdits cursats o UF cursades).
- Pla d'estudis amb indicació de la durada de cadascuna de les matèries/assignatures/crèdits/UF.
- Altres:

Sol·licito

Que em siguin convalidats la relació que detallo a continuació de mòduls U/F o crèdits següents:

Codi U/F o crèdit Nom del mòdul U/F o crèdit

Signatura de la persona sol·licitant

Amposta, de/d' de 20