

## ANEXO V

### 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 electr.

#### DATOS DEL INSTITUTO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA O CENTRO DE FORMACIÓN PERMANENTE

Denominación CPIFP CORONA DE ARAGÓN  
 Dirección C/ CORONA DE ARAGÓN, 35  
 Código postal 50009 Localidad ZARAGOZA Provincia ZARAGOZA  
 Tlf Fijo 976.467.000 Fax 976.467.061 Correo electrónico [info@cpicorona.es](mailto:info@cpicorona.es)

#### CICLO FORMATIVO EN EL QUE SE ENCUENTRA MATRICULADO

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)

Código	Denominación

Fecha

Firma del solicitante