

NOTA MEDIA: _____

FIN DE ESTUDIOS: _____

FECHA PAGO TASA: _____

Telef.: _____

SOLICITUD DEL TÍTULO DE:
TÉCNICO/A. SUPERIOR DE FORMACIÓN PROFESIONAL

D./Dña. _____

con DNI/Pasaporte nº _____ que nació el día ____/____/____ en
_____ provincia de _____ y domicilio en

C/ _____ nº _____ en
_____ provincia de _____

Respetuosamente expone:

Que habiendo realizado los estudios correspondientes a **____ FPIGS EDUCACIÓN INFANTIL ____**

Como debe constar en su expediente académico y deseando acogerse a las disposiciones vigentes para
obtener el **TÍTULO DE TÉCNICO/A SUPERIOR DE FORMACIÓN PROFESIONAL** en:

____ EDUCACIÓN INFANTIL ____ previo pago de los derechos que determinan las disposiciones en
vigor.

En mérito de lo expuesto.

Vera, _____ de _____ de 202 _____

Firma del interesado/a.

Fdo: _____

