

| | | |
|---|----------------------------|---------------|
|  | SOLICITUD DE TÍTULO | CICLOS |
|---|----------------------------|---------------|

D./D^a. _____
 con DNI/NIE _____ fecha de nacimiento ___/___/_____
 localidad de nacimiento _____ provincia _____
 y domicilio en _____ nº, piso, letra _____, C.P. _____
 localidad _____ provincia _____
 teléfono _____ correo electrónico _____

EXPONE:

Que habiendo finalizado sus estudios de _____

_____ en el CENTRO INTEGRADO de F.P. JUAN DE COLONIA de Burgos, superados todos los módulos profesionales en ¹ _____/_____, y habiendo abonado las correspondientes tasas de expedición de título,

SOLICITA:

Que le sea expedido el título anteriormente indicado, para lo cual adjunta la documentación requerida.

Si se encuentra afectado/a por algún motivo de bonificación/exención en el abono de las tasas, marque lo que corresponda.

Familia numerosa: General Especial

Discapacidad ≥ 33%

Víctimas de terrorismo

Burgos, a _____ de _____ de 20____

El interesado/a

SR./SRA. DIRECTOR/A DEL CIFP JUAN DE COLONIA. BURGOS

¹ Indicar mes y año finalización de estudios