CONFORMIDAD DEL ALUMNO/A

CON LA RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN

Alumno/a: D./D.ª (**NOMBRE Y APELLIDOS)** _____
DNI/NIE: _____

Ciclo formativo:_____
Módulo profesional: _____
Curso académico: 2026/2027

D./D.ª (**NOMBRE Y APELLIDOS)** _____,
en relación con la resolución estimatoria de convalidación del módulo profesional indicado,

MANIFIESTA

Que **presta su conformidad y solicita hacer efectiva la convalidación** del citado módulo profesional.

Y para que surta los efectos oportunos lo firmo en Murcia , a (FECHA) _____.

EL/LA ALUMNO/A

Fdo.: (NOMBRE Y APELLIDOS)