

Expte. N°

ANEXO

D./Dña., con
D.N.I./N.I.E. o pasaporte, fecha de nacimiento,
localidad de nacimiento, provincia,
país y domicilio actual en,
n°, piso, letra, código postal, localidad,
provincia, teléfono

EXPONE:

Que cursó y superó los estudios y la prácticas correspondientes a la Formación Profesional de Primer Grado (rama Sanitaria, Profesión Clínica) establecidos por el Decreto 707/1976 de 5 de marzo en el _____ de Zamora por ello
Indicar nombre del Centro donde finalizó estudios

SOLICITA:

Le sea expedido _____ Título de Formación Profesional de Primer
Original/Duplicado (indicar según corresponda)
Grado, para lo que adjunta la documentación que se relaciona:

- Justificante de pago de tasas
- Fotocopia del D.N.I./N.I.E. o Pasaporte

Zamora, a ____ de _____ de 201_

(Firma)

SR. DIRECTOR DEL I.E.S. "MARÍA DE MOLINA" DE ZAMORA