



CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN
COMUNIDAD DE MADRID

CENTRO: I.E.S TETUAN DE LAS VICTORIAS
DOMICILIO: C/ VÍA LÍMITE, 14
POBLACIÓN: MADRID **PROVINCIA :** MADRID

SOLICITUD PARA LA EXPEDICIÓN DEL
DEL TÍTULO DE TÉCNICO SUPERIOR

DATOS PERSONALES

DNI / NIE					
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre			
Localidad de nacimiento	Provincia (Sólo nacidos en España)	País	Día	Mes	Año
Domicilio del solicitante					
Dirección completa	Localidad	C.P.	Provincia	Teléfonos	
Correo Electrónico (En mayúsculas)					

Centro donde ha finalizado los estudios:

Nombre del Centro público	Tetuán de las Victorias
Nombre del Centro adscrito	

Familia Profesional	Especialidad

Mes y año de finalización de estudios _____/_____

INSTANCIA PARA SOLICITUD DEL TÍTULO DE TÉCNICO SUPERIOR

D./Dña. _____ de _____ años de edad, con D.N.I.

Nº _____, nacido en _____ (población),

provincia de _____ (sólo nacidos en España) y con domicilio en:

C/ _____

Localidad _____ Provincia _____ C.P. _____ Tlf. _____

BENEFICIARIO DE FAMILIA NUMEROSA DE CATEGORIA GENERAL: SI NO

BENEFICIARIO DE FAMILIA NUMEROSA DE CATEGORIA ESPECIAL: SI NO

SOLICITA:

Le sea expedido el Título de TÉCNICO SUPERIOR

Familia Profesional _____

Especialidad _____ Clave _____

Para lo cual acompaña la documentación requerida.

Madrid, a _____ de _____ de _____

Firma del interesado/a,

SR/A. DIRECTOR/A DEL I.E.S. TETUAN DE LAS VICTORIAS (MADRID).