

	SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN	TODAS LAS ENSEÑANZAS
---	---------------------------------------	---------------------------------

D./D^a. _____
 con DNI _____ teléfono _____ y
 domicilio en _____ nº, piso, letra _____
 código postal _____, localidad _____ y
 provincia _____ e-mail _____

SOLICITA:

Que le sea expedida la oportuna

Certificación académica, correspondiente a los estudios de Formación Profesional Específica:

CFGM _____

CFGS _____

FPB _____

PCPI _____

Certificación de matrícula.

Burgos, a _____ de _____ de 20____

El/La interesado/a

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