



Región de Murcia

Consejería de Educación,
Juventud y Deportes



CENTRO INTEGRADO DE F.P. DE LORCA
C/Antonio Pelegrín Medina Nº 2 A
(Campus Universitario) 30800 - LORCA
Telf.: 968472042 - Fax: 968479093
ciflorca@ciflorca.es
www.ciflorca.es

MODELO DE SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN

Datos del solicitante (titular de la certificación)

Nombre y Apellidos		D.N.I.	
Domicilio	CP y Municipio	Teléfono	
Ciclo Formativo			

Datos del representante (persona autorizada por el titular)

Nombre y Apellidos		D.N.I.	
Domicilio	CP y Municipio	Teléfono	

SOLICITA:

(Indique con una X el modelo de certificado que solicita)

- Certificación Académica Oficial
- Certificación de estar matriculado en el Centro
- Otra (especifique cual).....

El documento solicitado será recogido por su titular. Si envía a otra persona a recogerlo, deberá entregarle autorización y fotocopia del DNI. En este caso, el autorizado deberá presentar su DNI original.

En Lorca, a ___ de _____ de 20__

Firma del solicitante
(obligatoria en todos los casos)

Firma del representante
(en su caso)

SR. DIRECTOR DEL CENTRO INTEGRADO DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE LORCA



Región de Murcia

Consejería de Educación,
Juventud y Deportes



CENTRO INTEGRADO DE F.P. DE LORCA
C/Antonio Pelegrín Medina Nº 2 A
(Campus Universitario) 30800 - LORCA
Telf.: 968472042 - Fax: 968479093
cifplorca@cifplorca.es
www.cifplorca.es

MODELO DE SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN

Datos del solicitante (titular de la certificación)

Nombre y Apellidos		D.N.I.	
Domicilio	CP y Municipio	Teléfono	
Ciclo Formativo			

Datos del representante (persona autorizada por el titular)

Nombre y Apellidos		D.N.I.	
Domicilio	CP y Municipio	Teléfono	

SOLICITA:

(Indique con una X el modelo de certificado que solicita)

- Certificación Académica Oficial
- Certificación de estar matriculado en el Centro
- Otra (especifique cual).....

El documento solicitado será recogido por su titular. Si envía a otra persona a recogerlo, deberá entregarle autorización y fotocopia del DNI. En este caso, el autorizado deberá presentar su DNI original.

En Lorca, a ___ de _____ de 20__

Firma del solicitante
(obligatoria en todos los casos)

Firma del representante
(en su caso)

SR. DIRECTOR DEL CENTRO INTEGRADO DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE LORCA