



Comunidad de Madrid

SOLICITUD DE CERTIFICADO SUSTITUTORIO DE TÍTULO NO UNIVERSITARIO

(solo estudios detallados en esta solicitud)

D./D^a. _____

nacido/a el día _____ de _____ de _____ en _____

provincia de _____, con domicilio en _____

localidad _____ C.P. _____ provincia _____

DNI _____ (adjuntar fotocopia) y teléfono/s de contacto: _____

Correo electrónico (escribir en mayúsculas): _____

EXPONE: Que obtuvo el TÍTULO de: (marcar en el/los que corresponda)

LEY 14/1970 GENERAL DE EDUCACIÓN y anteriores	
<input type="checkbox"/>	CERTIFICADO ESTUDIOS PRIMARIOS
<input type="checkbox"/>	CERTIFICADO DE ESCOLARIDAD
<input type="checkbox"/>	GRADUADO ESCOLAR
<input type="checkbox"/>	BACHILLERATO UNIFICADO POLIVALENTE (B.U.P.)
<input type="checkbox"/>	FP1 TÉCNICO AUXILIAR Especialidad: _____
<input type="checkbox"/>	FP2 TÉCNICO ESPECIALISTA Especialidad: _____
<input type="checkbox"/>	OTRO (especificar): _____

Estudios cuyos títulos se obtienen a solicitud del alumno, siempre que previamente hubiera pagado las tasas correspondientes. Solo se podrá expedir un certificado como sustitutorio del título original.

L.O. 1/1990 DE ORDENACIÓN GENERAL DEL SISTEMA EDUCATIVO (LOGSE) Obtenidos hasta 1999	
<input type="checkbox"/>	ESO
<input type="checkbox"/>	BACHILLERATO
<input type="checkbox"/>	CICLO FORMATIVO DE GRADO MEDIO Técnico en: _____
<input type="checkbox"/>	CICLO FORMATIVO DE GRADO SUPERIOR Técnico Superior en: _____
<input type="checkbox"/>	OTRO (especificar): _____

Estudios cuyos títulos se obtienen a solicitud del alumno, siempre que previamente hubiera pagado las tasas correspondientes. Solo se podrá expedir un certificado como sustitutorio del título original.

Y que finalizó los estudios conducentes al mismo en el siguiente centro de MADRID-CAPITAL:

NOMBRE DEL CENTRO: _____

Dirección del centro: _____ Nº _____ C.P. _____

Año de finalización de estudios: _____ / _____

SOLICITA: que por extravío, deterioro o destrucción del título original, le sea expedido un certificado sustitutorio del mismo.

Madrid, a _____ de _____ de _____

Firmado: _____

El certificado solicitado se remitirá por correo electrónico o a la dirección postal que se haya facilitado.

ILMA. SRA. DIRECTORA DEL ÁREA TERRITORIAL DE MADRID-CAPITAL.