



**SOLICITUD DE TÍTULO DE CICLO FORMATIVO DE**  
**GRADO SUPERIOR**

D/D<sup>a</sup>.....  
nacido/a el día ..... de..... del año .....  
en ..... provincia de.....,  
con D.N.I ..... , y domicilio en la calle. ....  
nº. ...., portal ....., piso....., localidad .....C.P.....  
correo electrónico .....

*(cuando recibamos el Título en Secretaría le avisaremos a través de correo electrónico)*

**EXPONE:** Que finalizados los estudios y las prácticas correspondientes al Ciclo Formativo de Grado Superior de **GESTIÓN DE VENTAS Y ESPACIOS COMERCIALES** en el mes/año .....

**SOLICITA:** Le sea expedido el **TÍTULO DE TÉCNICO SUPERIOR DE FORMACIÓN PROFESIONAL EN GESTIÓN DE VENTAS Y ESPACIOS COMERCIALES** según la normativa actual en materia de títulos.

Leganés, a ..... de ..... de .....  
Firma del INTERESADO/A

D/D<sup>a</sup>.....  
ha abonado los derechos correspondientes para la expedición del **TÍTULO DE TÉCNICO SUPERIOR DE FORMACIÓN PROFESIONAL EN GESTIÓN DE VENTAS Y ESPACIOS COMERCIALES.**

Leganés, a..... de..... de .....

Sello del Centro EL SECRETARIO