

# Comunidad de Madrid

## ANEXO I

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Apellidos            | Nombre               | DNI/NIE/PASAPORTE    |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| Domicilio            | Teléfono             |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

### En representación de, Datos del alumno

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Apellidos            | Nombre               | DNI/NIE/PASAPORTE    |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Dirección            | Código Postal        | Población            |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

|                                 |                        |
|---------------------------------|------------------------|
| Dirección de correo electrónico | Teléfono/s de contacto |
| <input type="text"/>            | <input type="text"/>   |

Actualmente matriculado en:

|               |                                  |                                  |
|---------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Especialidad: | <input type="checkbox"/> Curso 1 | <input type="checkbox"/> Curso 2 |
|               | <input type="checkbox"/> Curso 3 | <input type="checkbox"/> Curso 4 |

### SOLICITA:

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Matrícula en más de un curso   |  |
| <input type="checkbox"/> Traslado   | Motivo: <input type="text"/>   |
| <input type="checkbox"/> Anulación de Matrícula   | Motivo por el que se solicita:<br><input type="checkbox"/> Enfermedad que impida el normal desarrollo de los estudios<br><input type="checkbox"/> Otras circunstancias relevantes.....<br>.....        |
| <input type="checkbox"/> Simultaneidad de especialidades  | Indicar la segunda especialidad: <input type="text"/>  |
| <input type="checkbox"/> Cambio de especialidad   | Indicar la nueva especialidad: <input type="text"/>  |
| <input type="checkbox"/> Ampliación de un año de permanencia adicional en las Enseñanzas Elementales de Música. | Motivo por el que se solicita:<br><input type="checkbox"/> Enfermedad que haya impedido el normal desarrollo de los estudios<br><input type="checkbox"/> Otras circunstancias relevantes.....<br>..... |

conforme a lo establecido en el Decreto 7/2014, de 30 de enero, del Consejo de Gobierno, por el que se establece el currículo y la organización de las enseñanzas elementales de música en la Comunidad de Madrid, y Corrección de errores de 15 de diciembre de 2014.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Firma del alumno o de sus representantes legales

Sello del centro

Fdo.: \_\_\_\_\_

ESTE IMPRESO SE DEBERÁ ENTREGAR POR DUPLICADO EN LA SECRETARÍA DEL PROPIO CENTRO QUE DEVOLVERÁ COPIA SELLADA AL INTERESADO A EFECTOS DE JUSTIFICANTE DE SOLICITUD.

Los datos personales recogidos serán tratados con su consentimiento informado en los términos del Art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de datos de carácter personal y de conformidad a los principios dispuestos en la misma y en la Ley 8/2001, de la Comunidad de Madrid, pudiendo ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el centro público responsable del fichero.

SR./A. DIRECTOR/A DEL