

SOLICITUD DE SIMULTANEIDAD DE ESPECIALIDADES

Datos del alumno

Apellidos	Nombre	D.N.I.
Dirección	Código postal	Población
Dirección de correo electrónico	Teléfonos de contacto	
Actualmente matriculado en:		
Especialidad	Curso 1º ___	Curso 4º ___
	Curso 2º ___	Curso 5º ___
	Curso 3º ___	Curso 6º ___

Importante: La solicitud de simultaneidad de especialidades deberá realizarse antes del comienzo del mes de enero.

EXPONE que, estando actualmente matriculado en el curso y especialidad arriba indicados,

SOLICITA la Simultaneidad de Estudios con la especialidad de _____
Conforme a lo establecido en el apartado séptimo de la Orden 3530/2007, de 4 de julio (BOCM de 16/07/2007)

En _____, a ___ de _____ de 20
Firma del alumno

Sello del Centro

Este impreso se deberá entregar por duplicado en la secretaría del propio centro. Una copia, sellada por el centro, será devuelta al interesado a efectos de justificante de solicitud de simultaneidad de matrícula.

Sr./Sra. Director/A del Conservatorio Profesional de Música c/Arturo Soria