



SOLICITUD DE CAMBIO DE ESPECIALIDAD

Datos del alumno

Apellidos	Nombre	D.N.I.

Dirección	Código Postal	Población

Correo electrónico	Teléfonos de contacto	

Actualmente matriculado en:	Curso	
Especialidad y Enseñanza _____	Curso 1º ___	Curso 4º ___
	Curso 2º ___	Curso 5º ___
	Curso 3º ___	Curso 6º ___

Importante: La solicitud de cambio de especialidad deberá realizarse antes del 15 de marzo.

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

SOLICITA el cambio de sus estudios por los de la especialidad _____

En Madrid, a ____ de _____ de 20____

Firma del alumno o representante legal si es menor de edad.

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. Director del Conservatorio Profesional de Música ARTURO SORIA