



SOLICITUD DE SIMULTANEIDAD DE ESPECIALIDADES

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 simultaneidad de especialidades deberá realizarse antes del 15 de marzo.

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 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