



## SOLICITUD DE CAMBIO DE ESPECIALIDAD ENSEÑANZAS PROFESIONALES DE MÚSICA

### 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 1° ___ Curso 4° ___
	Curso 2° ___ Curso 5° ___
	Curso 3° ___ Curso 6° ___

**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”**