

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 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 _____ para el Curso ____

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”