



Conservatorio
Profesional
de Música
Arturo Soria



Dirección General
de Enseñanzas Artísticas
CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN,
CIENCIA Y UNIVERSIDADES

SOLICITUD DE SIMULTANEIDAD DE ESPECIALIDADES 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 simultaneidad de especialidades deberá realizarse antes del mes de enero.

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

SOLICITA la Simultaneidad de Estudios para el curso ____ en 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”