

### ANEXO III

## SOLICITUD DE SIMULTANEIDAD DE ESPECIALIDADES

#### Datos del alumno

Apellidos y nombre	D.N.I.
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dirección	Código Postal	Población
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dirección de correo electrónico	Teléfono de contacto
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Actualmente matriculado en:

Especialidad	<input type="checkbox"/> Curso 1º	<input type="checkbox"/> Curso 4º
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Curso 2º	<input type="checkbox"/> Curso 5º
	<input type="checkbox"/> Curso 3º	<input type="checkbox"/> Curso 6º

**IMPORTANTE:** La solicitud de simultaneidad de especialidades deberá realizarse con anterioridad al mes 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.2 de la Orden 3530 de 4 de julio de 2007  
(BOCM de 16 de julio).

En ....., a ..... de ..... de 20.....

**Sello del centro**

Firma del alumno (o ambos padres/representantes si es menor)

*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 LA AMPLIACIÓN DE MATRÍCULA.*



**Cpm ADOLFO SALAZAR**  
Conservatorio de Música



CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN  
Y JUVENTUD

**Comunidad de Madrid**

**SR./SRA. DIRECTOR/A DEL CENTRO DE MÚSICA ADOLFO SALAZAR**