

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.

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