

ANEXO III

SOLICITUD DE SIMULTANEIDAD DE ESPECIALIDADES**Datos del alumno**

Apellidos	Nombre	D.N.I.
Dirección	Código postal	Población
Dirección de correo electrónico		Teléfono de contacto

Actualmente matriculado en:

Especialidad <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Curso 1º	<input type="checkbox"/> Curso 4º
	<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 antes del comienzo del mes de enero

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 _____, de _____ de 2007*** (BOCM de _____).

En _____, a ___ de _____ de 20__
Firma del alumno

**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 ANULACIÓN DE MATRÍCULA.

SR./SRA. DIRECTOR/A DEL CENTRO DE MÚSICA _____