

SOLICITUDE DE AMPLIACIÓN DE MATRÍCULA

APELIDOS/NOME DO ALUMNO/A:

D.N.I.: TLFNO: EMAIL:

PAI/NAI/TITOR LEGAL:

D.N.I.: TLFNO: EMAIL:

DATOS ACADÉMICOS:

NÚMERO/EXPEDIENTE: ESPECIALIDADE:

CURSO: GRAO:

TITOR/A:

SOLICITA:

A PROMOCIÓN DO CURSO ACTUAL E AMPLIACIÓN DE MATRÍCULA, CONFORME AO ESTABLECIDO NA NORMATIVA VIXENTE, PREVIA AVALIACIÓN POR PARTE DO PROFESORADO QUE CORRESPONDA.

Santiago de Compostela, de de 20

O/A interesado/a

O/A titor/a legal

Asdo.:

Asdo.:

Sr. Director do Conservatorio Profesional de Música de Santiago de Compostela.