

## Solicitud de cambio de grupo

Apellidos e nome do alumno/a:

Pai/nai, titor/a legal (menores de idade):

DNI:  Data de Nacemento:

Enderezo:

Teléfono:  Correo-e:

Especialidade:  Curso:

### SOLICITA CAMBIAR DE GRUPO:

**MATERIA:**

Grupo no que está asignado	Grupo que solicita
<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Motivo:

### Documentación que achega:

Santiago de Compostela,  de  de 20

O/A interesado/a

Asdo:

**SR. DIRECTOR DO CONSERVATORIO PROFESIONAL DE MÚSICA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA**