

## Solicitud de cabinas de estudo

Apelidos e nome do alumno/a:

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

Teléfono:  Correo-e:

Profesor de instrumento:

Especialidade:  Curso:

### Solicita autorización para o uso das cabinas de estudo no/s día/s e hora/s e durante o período que se indica a continuación:

*Poderase solicitar 1 hora ao día máximo, por un período trimestral. Se fora necesario, poderase realizar unha nova solicitude en cada trimestre.*

### Motivo da solicitude

### Documentación que achega:

Coñezo e comprométome a cumprir as directrices e normas que regulan o uso das cabinas de estudo publicadas na web do Centro.

Santiago de Compostela,  de  de 20

O/A interesado/a

Asdo:

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