



Solicitud de cambio de grupo

Apellidos e nome do alumno/a:

DNI:

Data de nacemento:

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

Enderezo:

Teléfono:

Correo-e:

Especialidade:

Curso:

Materia/s na que solicita cambio de grupo:

Grupo no que está asignado	Grupo que solicita

Motivo:

Documentación que achega:

Santiago de Compostela, de de 20

O/A interesado/a

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