



## 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 2º <input type="checkbox"/> Curso 3º	<input type="checkbox"/> Curso 4º <input type="checkbox"/> Curso 5º <input type="checkbox"/> Curso 6º
<p><b>IMPORTANTE:</b> La solicitud de simultaneidad de especialidades deberá realizarse antes del comienzo del mes de enero</p>		

**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 \_\_\_\_\_