

**CAMBIO DE ESPECIALIDAD  
CONSERVATORIO ELEMENTAL MUNICIPAL  
ESTEPA**



**SOLICITUD**

1. DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE	
DNI/NIE	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO/S		
DOMICILIO			LOCALIDAD	
PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL	CORREO ELECTRÓNICO		
NOMBRE DEL PADRE O TUTOR LEGAL (sólo alumnos/as menores de edad)				DNI/NIE
NOMBRE DE LA MADRE O TUTORA LEGAL (sólo alumnos/as menores de edad)				DNI/NIE

2. EXPONE (Marcar con una X)
Que se encuentra matriculado en ____ curso de ____ ciclo en la especialidad de _____

3. SOLICITA
El cambio de especialidad a ____ curso de ____ ciclo en la especialidad de _____

En ESTEPA, a     de                             de 201  
EL PADRE/MADRE, TUTOR/A LEGAL O, EN SU CASO,  
EL/LA SOLICITANTE

Fdo:

\*Las solicitudes que afecten a alumnos/as menores de edad deberán ser firmadas por sus padres o representantes legales