CAMBIO DE ESPECIALIDAD
ESCUELA MUNICIPAL DE MÚSICA "DIEGO DE SALAZAR"
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 nivel _____ en la especialidad de _____

3. SOLICITA
El cambio de especialidad a nivel _____ 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