

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"/> Curso 1°	<input type="checkbox"/> Curso 4°
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Curso 2°	<input type="checkbox"/> Curso 5°
	<input type="checkbox"/> Curso 3°	<input type="checkbox"/> Curso 6°

IMPORTANTE: La solicitud de simultaneidad de especialidades deberá realizarse antes del comienzo del mes de enero.

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 SIMULTANEIDAD DE ESPECIALIDADES..

Señor Director del Conservatorio de Música “Rodolfo Halffter” de Móstoles.