

## ENSEÑANZAS ELEMENTALES

|           |        |                   |
|-----------|--------|-------------------|
| Apellidos | Nombre | DNI/NIE/PASAPORTE |
|           |        |                   |
| Domicilio |        | Teléfono          |
|           |        |                   |

**En representación de,  
Datos del alumno**

|                                 |               |                        |
|---------------------------------|---------------|------------------------|
| Apellidos                       | Nombre        | DNI/NIE/PASAPORTE      |
|                                 |               |                        |
| Dirección                       | Código Postal | Población              |
|                                 |               |                        |
| Dirección de correo electrónico |               | Teléfono/s de contacto |
|                                 |               |                        |

Actualmente matriculado en:

|               |                                  |                                  |
|---------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Especialidad: | <input type="checkbox"/> Curso 1 | <input type="checkbox"/> Curso 2 |
|               | <input type="checkbox"/> Curso 3 | <input type="checkbox"/> Curso 4 |

**SOLICITA:**

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Matrícula en más de un curso   |   |
| <input type="checkbox"/> Traslado   | Motivo:   |
| <input type="checkbox"/> Anulación de Matrícula   | Motivo por el que se solicita:<br><input type="checkbox"/> Enfermedad que impida el normal desarrollo de los estudios<br><input type="checkbox"/> Otras circunstancias relevantes.....        |
| <input type="checkbox"/> Simultaneidad de especialidades  | Indicar la segunda especialidad:  |
| <input type="checkbox"/> Cambio de especialidad   | Indicar la nueva especialidad:  |
| <input type="checkbox"/> Ampliación de un año de permanencia adicional en las Enseñanzas Elementales de Música. | Motivo por el que se solicita:<br><input type="checkbox"/> Enfermedad que haya impedido el normal desarrollo de los estudios<br><input type="checkbox"/> Otras circunstancias relevantes..... |

conforme a lo establecido en el Decreto 7/2014, de 30 de enero, del Consejo de Gobierno, por el que se establece el currículo y la organización de las enseñanzas elementales de música en la Comunidad de Madrid, y Corrección de errores de 15 de diciembre de 2014.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firma del alumno o de sus representantes legales

**Sello del centro**

Fdo.: \_\_\_\_\_

|  |
|--|
| ESTE IMPRESO SE DEBERÁ ENTREGAR POR DUPLICADO EN LA SECRETARÍA DEL PROPIO CENTRO QUE DEVOLVERÁ COPIA SELLADA AL INTERESADO A EFECTOS DE JUSTIFICANTE DE SOLICITUD. |
|--|

Los datos personales recogidos serán tratados con su consentimiento informado en los términos del Art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de datos de carácter personal y de conformidad a los principios dispuestos en la misma y en la Ley 8/2001, de la Comunidad de Madrid, pudiendo ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el centro público responsable del fichero.

# CONSERVATORIO PROFESIONAL DE MÚSICA RODOLFO HALFFTER



Dirección General  
de Enseñanzas Artísticas  
CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN,  
CIENCIA Y UNIVERSIDADES

SR./A. DIRECTOR/A DEL