¡Atención!. Este formulario puede ser cumplimentado electrónicamente. Para rellenar un campo sitúe el puntero del ratón en el espacio correspondiente. Una vez cumplimentado puede imprimirlo para su entrega en una oficina de Registro.

CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN

Comunidad de Madrid

ANEXO III

Etiqueta de Registro

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		
☐ _____	☐ Curso 1º ☐ Curso 2º ☐ Curso 3º	☐ Curso 4º ☐ Curso 5º ☐ Curso 6º

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 ANULACIÓN DE MATRÍCULA.

Limpiar Campos | Imprimir

SR./SRA. DIRECTOR/A DEL CENTRO DE MÚSICA _____

"Los datos personales recogidos, serán tratados con su consentimiento informado en los términos del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, 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 responsable del fichero. Para cualquier cuestión relacionada con esta materia, o si tiene usted alguna □ sugerencia que permita mejorar este impreso puede dirigirse al teléfono de información administativa 012."