



ANEXO III

**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"/> _____	<input type="checkbox"/> Curso 1º <input type="checkbox"/> Curso 2º <input type="checkbox"/> Curso 3º	<input type="checkbox"/> Curso 4º <input type="checkbox"/> Curso 5º <input type="checkbox"/> 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.

**SR./SRA. DIRECTOR/A DEL CENTRO DE MÚSICA** \_\_\_\_\_