

ANEXO III

**SOLICITUD DE SIMULTANEIDAD DE ESPECIALIDADES**

**Datos del alumno**

Apellidos		Nombre		D.N.I.	
Dirección		Codigo 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 3530/2007 de 4/7 de 2007\*\*\*(BOCM de 16/7/2007).

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 \_\_\_\_\_