



Comunidad de Madrid

ANEXO I

Solicitud de reconocimiento de convalidación de asignaturas de Enseñanzas Artísticas Profesionales de Danza y de Música

1.- Datos del interesado:

| | | | | | |
|--------------------|----------|-----------|----------------|--------------|-----------|
| NIF/NIE | | Pasaporte | | Nacionalidad | |
| Apellido 1 | | | Apellido 2 | | |
| Nombre | | | | | |
| Dirección | Tipo vía | | Nombre vía | | Nº |
| Piso | | Puerta | | CP | |
| | | | Localidad | | Provincia |
| Correo electrónico | | | | | |
| Teléfono fijo | | | Teléfono Móvil | | |

2.- Datos del representante:

| | | | | | |
|--------------------|----------|-----------|----------------|--------------|-----------|
| NIF/NIE | | Pasaporte | | Nacionalidad | |
| Apellido 1 | | | Apellido 2 | | |
| Nombre | | | | | |
| Dirección | Tipo vía | | Nombre vía | | Nº |
| Piso | | Puerta | | CP | |
| | | | Localidad | | Provincia |
| Correo electrónico | | | | | |
| Teléfono fijo | | | Teléfono Móvil | | |

3.- Centro, especialidad y curso donde se encuentra matriculado:

| | | | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| El interesado se encuentra matriculado en (indicar el nombre del centro): | | | | | | |
| Conservatorio Profesional de Danza | | | | | | |
| Conservatorio Profesional de Música | | | | | | |
| Centro Integrado | | | | | | |
| Centro privado autorizado | | | | | | |
| Especialidad | | | | | | |
| Curso | 1º <input type="checkbox"/> | 2º <input type="checkbox"/> | 3º <input type="checkbox"/> | 4º <input type="checkbox"/> | 5º <input type="checkbox"/> | 6º <input type="checkbox"/> |

4.- El que suscribe solicita:

| | |
|--|--|
| El reconocimiento de la convalidación de las siguientes asignaturas: | |
| | |
| | |
| | |





Comunidad de Madrid

5.- Documentación que se adjunta:

| TIPO DE DOCUMENTO | Se aporta en la solicitud |
|---|---------------------------|
| Copia del DNI/NIE/ del interesado. | <input type="checkbox"/> |
| Copia del pasaporte del interesado. | <input type="checkbox"/> |
| Documentación que acredita como tal al representante. | <input type="checkbox"/> |
| Certificación académica oficial de las enseñanzas que fundamentan la convalidación. | <input type="checkbox"/> |

Con la firma de la presente, el interesado manifiesta su conformidad en que se hagan efectivas las convalidaciones que sean reconocidas como tales.

En, a..... de..... de.....

| |
|--------------|
| FIRMA |
| |

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "ALUMNO", cuya finalidad es la gestión de alumnos del centro y podrán ser cedidos a interesados legítimos, además de otras cesiones previstas en la Ley. El órgano responsable del fichero es el que aparece en este formulario y se podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo en Gran Vía 20 28013 Madrid, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

| | |
|---------------------|---|
| DESTINATARIO | Director/a del Conservatorio Profesional de Música/Danza /Centro Integrado: |
| | Director/a del centro privado autorizado: |

