



## SOLICITUD DE SIMULTANEIDAD DE ESPECIALIDAD

### 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 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

**EXPONE** que, estando matriculado en el curso y especialidad arriba indicados,

**SOLICITA** la simultaneidad de Estudios con la especialidad

La nueva especialidad solicitada es:

En  a  de  de 20

Firma del alumno, padre, madre o tutor legal

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 presentada.*