

D./D^a _____ con D.N.I. _____,
en calidad de:

☐ alumno/a

☐ padre/madre/tutor legal del alumno/a _____

matriculado/a en el curso _____ de las Enseñanzas _____ de música en la
especialidad de _____, solicita el cambio de grupo/profesor indicado
abajo, por el siguiente motivo:

Horario adjudicado

Asignatura: _____	Curso: _____
Profesor: _____	
Horario: _____	

Horario solicitado

Asignatura: _____	Curso: _____
Profesor: _____	
Horario: _____	

En Soria a ____ de _____ de 20____.

Firmado:

nombre y apellidos

**JEFATURA DE ESTUDIOS DEL CONSERVATORIO PROFESIONAL DE MÚSICA
“ORESTE CAMARCA” DE SORIA**

*Conservatorio Profesional de Música “Oreste Camarca”
C/ De Los Chancilleres, 4. 42001, Soria
Telf.: 975 21 16 11*