

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 poder llevar a cabo la prueba de pérdida
de evaluación continua en la/s asignatura/s de:


ORESTE CAMARCA
CONSERVATORIO PROFESIONAL DE MÚSICA
según lo dispuesto en el artículo 18 del Reglamento de Régimen Interior del centro.

Y para que así conste, firmo la presente en la fecha abajo indicada.

En Soria a ____ de _____ de 20____.

Firmado:

nombre y apellidos

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