

Expediente N°: _____

SOLICITUD DE CONVALIDACIÓN

INFORMACIÓN DEL ALUMNO/A:

Sexo V/M

NOMBRE: _____ 1º APELLIDO: _____ 2º APELLIDO: _____

DNI/NIE: _____ LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____

DOMICILIO: _____ N.º: _____ PISO: _____

LOCALIDAD: _____ Código Postal: _____ Provincia: _____

TFNO. MÓVIL: _____ CORREO ELECTRÓNICO ALUMNO/A: _____

PROGENITORES / TUTORES LEGALES DE ALUMNOS/AS MENORES DE EDAD:

1.- NOMBRE: _____ 1º APELLIDO: _____ 2º APELLIDO: _____

DNI/NIE: _____ TELÉFONO: _____ CORREO ELECT.: _____

2. NOMBRE: _____ 1º APELLIDO: _____ 2º APELLIDO: _____

DNI/NIE: _____ TELÉFONO: _____ CORREO ELECT.: _____

DATOS ACADÉMICOS DEL SOLICITANTE:

1ª Especialidad:

2ª Especialidad:

SOLICITA que, según lo dispuesto en la normativa vigente (Resolución de la Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Educativa de 23 de septiembre de 2008) la convalidación de las siguientes asignaturas:

Asignaturas cursadas y superadas (Real Decreto 756/1992)		Asignaturas para las que solicita la equivalencia (Decreto 60/2007, de 7 de junio)	
Asignatura	Curso	Asignatura	Curso

En _____, a _____ de _____ de 20_____

Fdo. _____ Fdo. _____ Fdo. _____

Sr/a Director/a del Conservatorio Profesional de Música Ángel Barja. Astorga.