

ANEXO II

SOLICITUD DE CONVALIDACIÓN



LOGO DEL CENTRO

NOMBRE DEL CENTRO

SOLICITUD DE CONVALIDACIÓN

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO

Apellidos:		Nombre:	
D.N.I./NIE:		H <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
Fecha de nacimiento:		Lugar de nacimiento:	
Provincia:		País:	
Domicilio:		Localidad:	C.P.:
Provincia:		Teléfono:	
Nombre y apellidos del padre o tutor ¹ :			Teléfono:
DNI/Pasaporte:			
Nombre y apellidos de la madre o tutora ¹ :			Teléfono:
DNI/Pasaporte:			

¹ Cumplimentar sólo en el caso de alumnos menores de edad.**DATOS ACADÉMICOS DEL SOLICITANTE**

Especialidad:	Curso:
Especialidad:	Curso:

SOLICITA, según lo dispuesto en la Resolución de 23 de septiembre de 2008, de la Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Educativa, 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

....., a de de 20.....

El Padre, Madre, Tutor/a, Alumno/a,

Fdo.:

SR./SRA. DIRECTOR/A DEL CONSERVATORIO DE MÚSICA DE