

SOLICITUD DE CONVALIDACIÓN

| | | | |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| 1 DATOS DEL/DE LA ALUMNO/A SOLICITANTE | | | |
| APELLIDOS Y NOMBRE | | | DNI |
| FECHA DE NACIMIENTO | SEXO <input type="checkbox"/> Varón. <input type="checkbox"/> Mujer. | | |
| DOMICILIO | | | |
| LOCALIDAD | | PROVINCIA | C. POSTAL |
| TELÉFONO/S DE CONTACTO | CORREO ELECTRÓNICO | | |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2 CONSERVATORIO PROFESIONAL/CENTRO AUTORIZADO DE GRADO MEDIO DONDE SE ENCUENTRA MATRICULADO/A | |
| NOMBRE DEL CENTRO | |
| DIRECCIÓN | |
| LOCALIDAD | PROVINCIA |
| SITUACIÓN ACADÉMICA EN LOS ESTUDIOS DE ENSEÑANZAS PROFESIONALES DE MÚSICA/DANZA* EN EL CURSO INMEDIATAMENTE ANTERIOR (*) Tachese lo que no proceda <input type="checkbox"/> Ha superado la prueba de acceso al Grado. <input type="checkbox"/> Ha superado el primer curso del Grado. <input type="checkbox"/> Ha superado el segundo curso del Grado. <input type="checkbox"/> Ha superado el tercer curso del Grado. <input type="checkbox"/> Otras situaciones: | |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 3 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA | |
| Las personas abajo firmantes DECLARAN , bajo su responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, autorizando a la Consejería de Educación para efectuar las comprobaciones necesarias en acreditación de los datos declarados. Y SOLICITAN le sea/n convalidada/s al/a la alumno/a la/s siguiente/s materias optativas. | |
| Relación de materias | Correspondencia con el curso de la Educación secundaria obligatoria |
| | |
| | |
| En | a de de |
| EL PADRE, LA MADRE O REPRESENTANTE LEGAL | ALUMNO/A SOLICITANTE |
| Fdo.: | Fdo.: |

SR/A DIRECTOR/A DEL