



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID  
FACULTAD DE EDUCACIÓN  
-Centro de Formación del Profesorado-

CURSO: \_\_\_\_\_

**SOLICITUD DE AMPLIACION DE MATRICULA<sup>1</sup> POR ASIGNATURAS PENDIENTES Y RESIDUALES**

| <b>DATOS SOLICITANTE</b>  |            |                     |
|---|------------|---------------------|
| DNI/Pasaporte   |            | Correo-E (estumail) |
| Apellidos   |            | Nombre              |
| Domicilio   |            | Teléfono            |
| Localidad-Provincia   |            | Código Postal       |
| <b>ESTUDIOS MATRICULADOS</b>  |            |                     |
| Titulación:   |            |                     |
| <b>Solicita AMPLIACION DE MATRICULA para las asignaturas siguientes</b> |            |                     |
| Código*   | Asignatura | Grupo               |
|   |            |                     |
|   |            |                     |
|   |            |                     |
|   |            |                     |
|   |            |                     |

\* OBLIGATORIO RELLENAR ESTE CAMPO

Fecha de solicitud:  
Madrid,

Firma del/la solicitante:

SRA. DECANA DE LA FACULTAD DE EDUCACIÓN DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

<sup>1</sup> Si desea justificante de esta solicitud deberá adjuntar fotocopia de la misma