

FACULTAD DE PSICOLOGIA U.C.M.
CAMBIO DE GRUPO ACEPTADO POR EL PROFESOR
CURSO 2007-2008

D.N.I:	NOMBRE:
APELLIDOS:	
DOMICILIO:	
LOCALIDAD:	PROVINCIA:
CODIGO POSTAL:	TELEFONO:
CORREO ELECTRÓNICO:	

EXPONE: Que estando matriculado/a en la asignatura:

en el grupo _____ con el profesor/a: _____

_____ (indicar nombre y apellidos)

SOLICITA: el cambio al grupo _____ en el que estoy
aceptado por el profesor/a correspondiente : _____

_____ (indicar nombre y apellidos)

Madrid, octubre de 2007

Firma del interesado

Vº Bº DEL PROFESOR/A

**FIRMA DEL PROFESOR QUE ACEPTA EL CAMBIO
Y SELLO DEL DEPARTAMENTO CORRESPONDIENTE**

SR. DECANO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA