



SOLICITUD DE CAMBIO DE GRUPO O TURNO¹

DATOS SOLICITANTE

DNI/Pasaporte	Correo-E (estumail)
Apellidos	Nombre
Domicilio	Teléfono
Localidad-Provincia	Código Postal

ESTUDIOS MATRICULADOS

Titulación:

Solicita cambio de grupo en las asignaturas siguientes

Código*	Asignatura	Grupo matriculado	Cambiar a grupo (orden de preferencia)	Curso en el que está matriculado (1º- 2º-3º-4º)

* OBLIGATORIO RELLENAR ESTE CAMPO

Solicita cambio de turno del computo total del as asignaturas

Turno de origen:	Turno que solicita:
------------------	---------------------

MOTIVOS QUE EXPONE

DOCUMENTACIÓN QUE APORTA

<input type="checkbox"/>	Justificante de Trabajo:
<input type="checkbox"/>	Certificado de Discapacidad:
<input type="checkbox"/>	Otros:

Fecha de solicitud:
Madrid,

Firma del/la solicitante:

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

¹ Si desea justificante de esta solicitud deberá adjuntar fotocopia de la misma