

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CAMBIAR LA FECHA DE INICIO DEL MÁSTER NO
RECOGIDA EN LA PROPUESTA APROBADA**

| | |
|--|--|
| Denominación del título: | |
| Curso Académico: | |
| Modalidad de impartición: | |
| Centro de la UCM: | |
| Apellidos y nombre del/la director/a: | |
| Fecha inicio prevista: | Nueva fecha de inicio: Nueva fecha final: |

| |
|---------------------------------------|
| Justificación de la solicitud: |
|---------------------------------------|

Firma del/la director/a:

La solicitud se tiene que remitir a la dirección del Centro de Formación Permanente (CFP):
dircfp@ucm.es

El Comité de Dirección del CFP estudiará la solicitud y comunicará a los directores de los cursos la decisión tomada.