

**DATOS DO/DA ALUMNO/A SOLICITANTE**

Apelidos		Nome	
DNI/NIE	Lugar de nacemento	Data de nacemento	
Enderezo			Código postal
Localidade	Municipio	Provincia	
E-mail	Telefono de contacto 1	Teléfono de contacto 2	

**ESPECIALIDADE NA QUE ESTÁ MATRICULADO/A**

**CURSO<sup>(1)</sup>**

--	--

**CURSO<sup>(2)</sup>**

**Solicita** á aprobación do profesor titor e do claustro de profesores para realizar a ampliación de matrícula ó curso da mesma especialidade que se indica de seguido.

--

<sup>(1)</sup> Indicar o curso da especialidade **no que está matriculado/a actualmente**

<sup>(2)</sup> Indicar o curso da mesma especialidade **para o que solicita a ampliación da matrícula**

Sinatura do/da alumno/a

Sinatura do/da titor/a

Monforte de Lemos, ..... de ..... de .....

