

Solicitud de renuncia de matrícula
Sol·licitud de renúncia de matrícula**DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE/DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT**

DNI

Apellidos y nombre/Cognoms i nom

Direcció/Direcció

Municipio/Municipi

C.P./C.P.

Provincia/Província

Teléfono/Telèfon

Correo electrónico/Correu electrònic

EXPONE/EXPOSA

Que está matriculado en:/Que està matriculat en:

Especialidad/Especialitat

Itinerario/Itinerari

Instrumento/Instrument

SOLICITA/SOL·LICITA*Le sea aceptada la renuncia de matrícula/Li siga acceptada la renúncia de matrícula*

En

a

de

de

Firmado/Signat:

Sr.Director del CSM Alicante/Sr.Director del CSM Alacant