

**Dirección Xeral de Educación, Universidade e Formación Profesional
CMUS/CDAN DO SISTEMA EDUCATIVO DE GALICIA****Solicitud de renuncia de matrícula** Nº de Expediente:

Lugar de nacemento _____ Provincia _____

Apelidos e nome do alumno/a _____

Pai/nai ou titor/a legal _____

DNI _____ Data de nacemento _____

Enderezo

Rúa _____ Poboación _____

C.P. _____ Teléfono _____ Móbil _____

Datos académicos

Especialidade _____ Curso _____

Grao _____ Becario/a SI _____ NON _____

Expoña brevemente os motivos polos que solicita a renuncia ao curso completo:

Titor/a: _____

Especialidade: _____

Horario: _____

Vigo, de de 20

O/A interesado/a

Sr/a director/a do Conservatorio Profesional de Música de Vigo