**SOLICITUD DE CONVOCATORIA EXTRAORDINARIA**

ENSEÑANZAS ARTÍSTICAS SUPERIORES DE MÚSICA

|  |
| --- |
| **DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE** |
| **Primer apellido:**       | **Segundo apellido:**       | **Nombre:**       |
| **DNI/Pasaporte o equivalente:**       | **Fecha de nacimiento:**       | **Teléfono:**       |
| **Domicilio (Calle, plaza o avda, y número):**       | **Localidad:**       |
| **Provincia:**       | **Código Postal:**       | **País:**       | **Nacionalidad:**       |
| **Correo electrónico:**       |

|  |
| --- |
| **DATOS ACADÉMICOS**  |
| **Nombre del centro:**       |
| **Localidad del centro:**       | **Provincia del centro:**       |
| **Especialidad / Itinerario / Instrumento:**       | **Curso escolar:** 20      / 20      |

|  |
| --- |
| **SOLICITA**  |
| Convocatoria extraordinaria de las siguientes asignaturas: |
| **Nombre de la asignatura** | **Carácter** (FB,OE, optativas) | **Curso** | **ECTS** |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

|  |
| --- |
| **CIRCUNSTANCIAS QUE MOTIVAN LA SOLICITUD** |
| **[ ]**  Enfermedad prolongada o accidente del alumno o alumna.**[ ]**  Incorporación o desempeño de un puesto de trabajo en un horario incompatible con las enseñanzas que curse.**[ ]**  Cuidado de hijo o hija menor de tres años.**[ ]**  Enfermedad grave del cónyuge o persona unida por una relación análoga y de familiares de primer grado de parentesco por consanguinidad o afinidad. |

|  |
| --- |
| **DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA** |
| **[ ]**  Certificado médico oficial en el que conste la fecha y duración de la inhabilitación.**[ ]**  Certificación de la Tesorería General de la Seguridad Social o Régimen especial que corresponda donde conste la empresa, la categoría laboral (grupo de cotización), el período de contratación y si se trata de un contrato a tiempo parcial o total, así como certificación del titular de la empresa del horario laboral que justifique la incompatibilidad.**[ ]**  Libro de familia.**[ ]**  Certificado médico oficial con expresión de la fecha y gravedad de la enfermedad del familiar y documentación oficial que acredite la relación de parentesco.**[ ]**  Otra documentación acreditativa:       |

En       , a       de       de

Fdo.:

SR/A DIRECTOR/A DEL CENTRO