

“CAMBIO DE GRUPO ACEPTADO POR EL PROFESOR”

D.N.I:	NOMBRE:
APELLIDOS:	
DOMICILIO:	
LOCALIDAD:	PROVINCIA:
CÓDIGO POSTAL:	TELÉFONO:
CORREO ELECTRÓNICO UCM:	

EXPONE: Que estando matriculado/a en la asignatura:

_____ en el
grupo _____ con el profesor/a D./D^a _____
(indicar nombre y apellidos)

SOLICITA: el cambio al grupo _____ en el que he sido aceptada/o por el profesor/ a

D./D^a _____ (indicar nombre y apellidos)

Madrid, de _____ de 20

Firma del interesado

Vº Bº DEL PROFESOR/A Y SELLO DEPARTAMENTO

-
- 1 El sello del Departamento es necesario en las solicitudes entregadas en papel y con firma manuscrita del profesor. No se realizará ningún cambio sin el sello del departamento correspondiente en ese caso.**
 - 2 Si la solicitud se entrega con firma digital del profesor no haría falta el sello del Departamento.**
 - 3 Plazo único de solicitud del 1 de julio al 30 de septiembre para asignaturas del primer y segundo cuatrimestre.**