

## “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<sup>a</sup> \_\_\_\_\_  
(indicar nombre y apellidos)

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

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ (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 firmada con el certificado 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.**