



## SOLICITUDE DE CAMBIO DE GRUPO

CURSO 2024/2025

### DATOS DO ALUMNO

Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome
Correo electrónico		
Teléfono 1	Teléfono 2	

### DATOS DO TITOR OU REPRESENTANTE LEGAL (só alumnos menores de idade)

Apelidos e nome	DNI
-----------------	-----

### DATOS DO GRUPO QUE TEN ASIGNADO

Materia da que solicita cambio de grupo	Curso e Grao	Grupo (actual)
Horario (actual)		

### Expoña brevemente os motivos da solicitude de cambio

--

### DATOS DO GRUPOS QUE SOLICITA (*Obrigatorio poñer mais dunha opción, por orde de preferencia*)

Grupos que solicita
Horario/s

Pontevedra, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024

Alumno/a ou representante legal

Entregar no centro ou enviar por mail ( [cmus.pontevedra@edu.xunta.gal](mailto:cmus.pontevedra@edu.xunta.gal) ) **antes do 8 de xullo ás 14h.**

XEFATURA DE ESTUDOS