**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