



CURSO _____

SOLICITUD DE CAMBIO DE GRUPO (PARCIAL)

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

D./D^a. apellidos y nombre DNI

LOCALIDAD PROVINCIA CP

DOMICILIO Número Piso y letra
calle, plaza, avenida

E-MAIL: TELÉFONOS:

Curso Estudios de

CÓDIGO	ASIGNATURA	GRUPO ASIGNADO	VºBº Profesores que admiten el cambio de grupo (inicial) y sello Dpto.	GRUPO AL QUE ACCEDE	VºBº Profesores que admiten el cambio de grupo (al que se pretende acceder) y sello Dpto.

¹ Justificante que acredite los motivos que son base del cambio según el R.O.A., art. 18.2

Documentación que se adjunta:

Valladolid a, de 201

Firma del solicitante

**SR. DECANO DE LA FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID**