







**Gobierno  
de Canarias**

Consejería de Educación,  
Universidades, Cultura y Deportes

## ANEXO II

### SOLICITUD DE RENUNCIA DE MATRÍCULA

#### Datos del alumno/a

Apellidos..... Nombre.....

DNI/NIE..... Dirección..... Código postal.....

Población..... Dirección de correo electrónico.....

Teléfono de contacto.....

**Actualmente matriculado en:** Especialidad.....Curso.....

#### EXPONE

Que, conociendo y aceptando las consecuencias derivadas de la renuncia de matrícula que suponen la pérdida de la condición de alumno del centro, así como la no devolución de las tasas abonadas por la prestación de los servicios educativos, según lo dispuesto en el artículo 15.2 de la Orden de la Excm. Sra. Consejera de Educación, Universidades, Cultura y Deportes de....., por la que se regula el acceso y la admisión en las Enseñanzas Profesionales de Música,

#### SOLICITA

La renuncia de matrícula en la especialidad y curso arriba indicados.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Firma del alumno/a

SR./SRA. DIRECTOR/A DEL \_\_\_\_\_

## ANEXO III

## SOLICITUD DE ANULACIÓN DE MATRÍCULA

**Datos del alumno/a**

Apellidos..... Nombre.....

DNI/NIE.....Dirección.....Código postal.....

Población.....Dirección de correo electrónico.....

Teléfono de contacto.....

**Actualmente matriculado en:** Especialidad.....Curso.....**EXPONE**

Que, habida cuenta de las circunstancias abajo indicadas,

**SOLICITA**La anulación de matrícula conforme a lo establecido en la Orden de \_\_\_\_\_ (BOC de \_\_\_\_\_),  
por los siguientes motivos: Enfermedad Otra causa que perturbe sustancialmente el desarrollo de las enseñanzas.....  
Documentación justificativa que adjunta el solicitante:.....  
.....  
En \_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Firma del alumno/a

SR./SRA. DIRECTOR/A DEL \_\_\_\_\_

ANEXO IV

**SOLICITUD DE MATRÍCULA EN MÁS DE UN CURSO**

**Datos del alumno/a**

Apellidos..... Nombre.....  
DNI/NIE.....Dirección.....Código postal.....  
Población.....Dirección de correo electrónico.....  
Teléfono de contacto.....

**Actualmente matriculado en:**

Especialidad.....Curso.....

**EXPONE**

Que, estando actualmente matriculado en el curso y especialidad arriba indicados,

**SOLICITA**

La ampliación de Matrícula en el \_\_\_\_ curso de la misma especialidad.

Sello del centro

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Firma del alumno/a

SR./SRA. DIRECTOR/A DEL \_\_\_\_\_