UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA
Facultad de Ciencias de la Salud

SOLICITUD DE CAMBIO DE TURNO / GRUPO. CURSO 20__/__

IDENTIFICACIÓN DEL/DE LA INTERESADO/A		
Nombre:		DNI:
Domicilio:		
C.P.	Municipio:	Teléfono:
Correo electrónico:		

DATOS DE MATRÍCULA
Grado en:
Turno de: [ ] Mañana [ ] Tarde (seleccionar el que corresponda)

SOLICITA: Cambio de turno y/o grupo para las siguientes asignaturas[1]:

Asignatura	Curso	Turno	Nuevo grupo/subgrupo deseado[2]

Por los siguientes motivos[3]:

Las Palmas de Gran Canaria, a ____ de _____ de 20__.

(***Firme la solicitud***)

ILMO/A. SR/A. DECANO/A DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

[1] Importante: todas las asignaturas de un mismo curso deben pertenecer al mismo turno de mañana o de tarde.
[2] Debe especificar la codificación completa del grupo y/o subgrupo al que solicita ingresar, p.e. 01.0X.YY.
[3] Especifique los motivos por los que solicita el cambio. **Deberá justificar documentalmente su solicitud**.