AUTORIZACIÓN SIMULTANEIDAD / CONVALIDACIÓN

D/Dª: _____

Padre ☐ Madre ☐ Tutor legal ☐

del alumno/a: _____

autorizo al Conservatorio Profesional de Música de Segovia para que emita el certificado necesario para:

Convalidación ☐

Simultaneidad ☐

y autorizo, así mismo, que dicho/s certificados sean remitido/s mediante correo electrónico por parte del Conservatorio Profesional de Música de Segovia al instituto: _____

Donde está cursando: _____(curso).

Si va a cursar bachillerato musical, marca la casilla ☐

Para que conste, a los efectos oportunos, firmo la presente:

En Segovia, a ____ de _____ de 20___

Fdo.: _____

SR. DIRECTOR DE CONSERVATORIO PROFESIONAL DE MÚSICA DE SEGOVIA