



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE EDUCACIÓN
-Centro de Formación del Profesorado-

CURSO: _____

SOLICITUD DE AMPLIACION DE MATRICULA¹ POR ASIGNATURAS PENDIENTES Y RESIDUALES

DATOS SOLICITANTE			
DNI/Pasaporte	Correo-E (estumail)		
Apellidos	Nombre		
Domicilio	Teléfono		
Localidad-Provincia	Código Postal		
ESTUDIOS MATRICULADOS			
Titulación:			
Solicita AMPLIACION DE MATRICULA para las asignaturas siguientes			
Código*	Asignatura	Grupo	Tipología

* OBLIGATORIO RELLENAR ESTE CAMPO

Fecha de solicitud:
Madrid,

Firma del/la solicitante:

SRA. DECANA DE LA FACULTAD DE EDUCACIÓN DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

¹ Si desea justificante de esta solicitud deberá adjuntar fotocopia de la misma