FACULTAD DE PSICOLOGIA U.C.M.
CAMBIO DE GRUPO ACEPTADO POR EL PROFESOR
CURSO 2024-25

D.N.I: NOMBRE:

APELLIDOS:

DOMICILIO:

LOCALIDAD: PROVINCIA:

CÓDIGO POSTAL: TELÉFONO:

CORREO ELECTRÓNICO UCM:

EXPONE: Que estando matriculado/a en la asignatura:

_____

en el grupo _____ con el profesor/a D./Dª_____

(indicar nombre y apellidos)

SOLICITA: el cambio al grupo _____ en el que he sido aceptada/o por el profesor/ a

D./Dª_____ (indicar nombre y apellidos)

Madrid, de de 20

Firma del interesado

Vº Bº DEL PROFESOR/A Y SELLO DEPARTAMENTO

La instancia se presentará hasta el 13 septiembre de 2024 en la Secretaría de alumnos.
No se realizarán cambios de grupo antes del 13 de septiembre.

RESGUARDO DE SOLICITUD DE CAMBIO DE GRUPO PARA EL CURSO 2024-2025

APELLIDOS: NOMBRE:

1. **El sello del Departamento es necesario en las solicitudes entregadas en papel y con firma manuscrita del profesor. No se realizará ningún cambio sin el sello del departamento correspondiente en ese caso.**
2. **Si la solicitud se entrega con firma digital del profesor no haría falta el sello del Departamento.**

SR. DECANO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA.