La Salle
Centro Universitario

Nº:

SOLICITUD DE CAMBIO DE GRUPO/TURNO

FACULTAD DE SALUD

En plazo (15 días desde el comienzo de las clases de la asignatura)

(El alumno enviará este documento a aruiz@lasallecampus.es y comprobará en la Secretaría Virtual/Moodle la concesión de la solicitud)

Apellidos Nombre: _____

D.N.I:_____

Titulación: _____

Curso: _____

NIA: _____

Teléfono: _____ Correo: _____

Código	Nombre asignatura completo	Grupo/Turno Matriculado	Grupo/Turno solicitado

Motivo del cambio:

Madrid, ___ de _____de 20____

Firma del Solicitante,