

## 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](mailto: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,