



**CAMBIO DE GRUPO**  
**Curso 2024/2025**

**PLAZO IMPROPRORROGABLE: del 9 al 12 de septiembre**

**DATOS PERSONALES**

Apellidos:			
Nombre:			
DNI/Pasaporte:			
Teléfono:			
Domicilio:			
@mail:			
Localidad:			
Provincia:		Código Postal	

MOTIVOS DE LA SOLICITUD	DOCUMENTACIÓN REQUERIDA
LABORALES	Fotocopia del contrato de Trabajo/Vida Laboral
MEDICOS	Documento expedido por la Seguridad Social o Mutua que realice el tratamiento / rehabilitación
DEPORTISTA (Alto Nivel o alto Rendimiento)	Documento expedido por el Consejo Superior de Deportes u organismo competente
OTROS	
<b>ALUMNOS PREINSCRIPCIÓN (1º Curso)</b>	<b>Solicite grupo por orden de preferencia para la totalidad de las asignaturas matriculadas</b>

Grupo asignado en la automatrícula	Grupo		Grupo		Grupo		Grupo		Grupo
------------------------------------	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------

Código Asignatura	Nombre Asignatura	Grupo Asignado	Indique el grupo al que desea cambiar por orden de preferencia

**En Sevilla, Fecha**

**FIRMA DEL SOLICITANTE**

**Instrucciones de presentación: por registro telemático o presencialmente en la secretaría**

**SR. DECANO FACULTAD CIENCIAS DEL TRABAJO**