



**CURSO ACADÉMICO 20\_\_\_/20\_\_\_**  
**CAMBIO DE TURNO**

Solicitud Nº  

Apellidos: \_\_\_\_\_, Nombre: \_\_\_\_\_  
 D.N.I.: \_\_\_\_\_, matriculado/a en la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de Toledo en el Grado en:  ADE o  Derecho (marcar lo que corresponda), con Domicilio en \_\_\_\_\_, Nº: \_\_\_\_\_  
 POBLACIÓN: \_\_\_\_\_, C.P.: \_\_\_\_\_  
 PROVINCIA: \_\_\_\_\_, TELÉFONO/S: \_\_\_\_\_  
**Correo electrónico** (para recibir notificación): \_\_\_\_\_

**S O L I C I T O**

**Cambio de Grupo para CURSO COMPLETO:**

Curso Matriculado	Turno asignado en matrícula	Turno que solicita

**Cambio de Grupo para las siguientes ASIGNATURAS:**

Asignatura (incluir código)	Turno que solicita (marcar lo que corresponda)		Resolución
	<input type="checkbox"/> Mañana (40)	<input type="checkbox"/> Tarde (41)	
	<input type="checkbox"/> Mañana (40)	<input type="checkbox"/> Tarde (41)	
	<input type="checkbox"/> Mañana (40)	<input type="checkbox"/> Tarde (41)	
	<input type="checkbox"/> Mañana (40)	<input type="checkbox"/> Tarde (41)	
	<input type="checkbox"/> Mañana (40)	<input type="checkbox"/> Tarde (41)	
	<input type="checkbox"/> Mañana (40)	<input type="checkbox"/> Tarde (41)	
	<input type="checkbox"/> Mañana (40)	<input type="checkbox"/> Tarde (41)	
	<input type="checkbox"/> Mañana (40)	<input type="checkbox"/> Tarde (41)	
	<input type="checkbox"/> Mañana (40)	<input type="checkbox"/> Tarde (41)	
	<input type="checkbox"/> Mañana (40)	<input type="checkbox"/> Tarde (41)	
	<input type="checkbox"/> Mañana (40)	<input type="checkbox"/> Tarde (41)	
	<input type="checkbox"/> Mañana (40)	<input type="checkbox"/> Tarde (41)	
	<input type="checkbox"/> Mañana (40)	<input type="checkbox"/> Tarde (41)	
	<input type="checkbox"/> Mañana (40)	<input type="checkbox"/> Tarde (41)	

Alegando el/los siguiente/s motivo/s:

- Laboral.
- Enfermedad grave del solicitante.
- Conciliación familiar (cuidado de hijos menores de 12 años)

Se adjunta la siguiente documentación para su valoración:

- 1º.- Copia de la matrícula del actual curso académico.
- 2º.- \_\_\_\_\_
- 3º.- \_\_\_\_\_
- 4º.- \_\_\_\_\_
- 5º.- \_\_\_\_\_

Declaro que son ciertos los motivos/causas alegados y los justificantes presentados junto a esta solicitud.

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos pasan a formar parte del fichero de la Universidad, cuya finalidad es tramitar el asunto objeto de su solicitud, y podrían ser cedidos de acuerdo con las leyes vigentes. Asimismo, le comunicamos que puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos remitiendo un escrito al Director Académico de Seguridad de Sistemas Informáticos de la Universidad de Castilla-La Mancha, calle Altagracia, número 50, 13071 Ciudad Real, adjuntando copia de documento que acredite su identidad.

Toledo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

SR. DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES DE TOLEDO.-