



**MODALIDAD DE ESTUDIANTES A TIEMPO PARCIAL.
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN**

NOMBRE Y APELLIDOS	
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES (calle, nº, localidad, C.P.,provincia)	
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO

EXPONE:

Que desea realizar matrícula en la titulación de: _____

y considerando que reúne alguno de los requisitos contemplados en el art 2.2 de la vigente **NORMATIVA DE RÉGIMEN ACADÉMICO Y PERMANENCIA EN LAS TITULACIONES OFICIALES DE GRADO Y MÁSTER DE LA UNIVERSIDAD DE LEÓN.**

SOLICITA:

La necesaria autorización para realizar estudios a tiempo parcial, en el curso académico....., en la mencionada titulación.
A tal fin presenta la siguiente documentación:

León, _____ de _____ de 20____
(firma del interesado)

Sr. **DECANO/DIRECTOR DE** _____