



UNIVERSIDAD  
COMPLUTENSE  
MADRID

## FACULTAD DE FILOSOFÍA

D/D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_

DNI. \_\_\_\_\_

Teléfono. \_\_\_\_\_

Correo. \_\_\_\_\_

**SOLICITA:** Ampliación de matrícula en las siguientes asignaturas:

Código	Asignatura	Curso	Tipo	Grupo

Madrid, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_

El/La interesado/a,

ILMO SR. DECANO DE LA FACULTAD DE FILOSOFÍA DE LA UCM.