

AUTORIZACIÓN

Espacio reservado para el sello del registro

DATOS DEL INTERESADO

APELLIDOS:

NOMBRE: DNI/NIE/PASAPORTE:

DOMICILIO:

MUNICIPIO: PROVINCIA:

CÓDIGO POSTAL: TELÉFONO: N.º MATRÍCULA:

E-MAIL:

TITULACIÓN QUE CURSA:

DATOS DE LA PERSONA AUTORIZADA

Autorizo a Don/Doña

Con DNI/NIE/Pasaporte: a retirar el documento que se detalla a continuación:

Certificado Académico Oficial.

Listado de Notas.

Otros.

Para retirar cualquier documento, excepto el Título, el receptor deberá acreditarse mediante la presentación de su DNI/NIE/Pasaporte y la fotocopia del DNI/NIE/Pasaporte de la persona interesada.

Fecha:

Firma del interesado: