



AUTORIZACIÓN DE RECOLLIDA DE TÍTULO

O/a alumno/a: D./D^a. _____

con DNI _____ e domicilio en _____

Localidade _____ Concello _____

Provincia _____ Código Postal _____

Autorizo a: D./D^a. _____

con DNI _____

a retirar no meu nome o título de _____

O/a alumno/a titular do título

- (Achegarase fotocopia do DNI do/a **titular** do título e da **persoa autorizada**)