

AUTORIZACIÓN - RECOLLIDA DO TÍTULO

Dna./D. _____

con DNI _____ e domicilio en _____

Localidade _____ Concello _____

Provincia _____ Código Postal _____

AUTORIZO A:

Dna./D. _____

con DNI _____

A retirar no meu nome o título de: _____

Xunto a fotocopia do meu D.N.I .

A/O interesada/o

Asdo.: