



AUTORIZACIÓN RECOLLIDA TÍTULOS

A/O alumna/o:

D^a/D _____ con DNI _____

e domicilio en _____ Localidade _____

Concello _____ Código postal _____ Provincia _____

Autoriza a:

D^a/D _____ con DNI _____

a retirar no meu nome o título de _____

En _____ a _____ de _____ de _____

O/a alumno/a titular do título,

Asdo.: _____

** Achegarase fotocopia do DNI do/a titular do título e da persoa autorizada.*