



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