

AUTORIZACIÓN A RECOGER EL TÍTULO

(R04-PO-18 v2.0)

D./D^a _____ con D.N.I./N.I.E. _____,
domicilio en la calle/plaza _____, nº _____,
Localidad _____,
C.P. _____ Provincia de _____, Teléfono _____

* Debe adjuntarse fotocopia del D.N.I./N.I.E. del alumno/a

AUTORIZO

A D./D^a _____ con
D.N.I./N.I.E. _____ para recoger el TÍTULO de
_____ depositado en el C. I. F. P. "SANTA
CATALINA" de Aranda de Duero (Burgos), adjuntando para ello una fotocopia del
D.N.I./N.I.E. de la persona que retira el título.

_____, a _____ de _____ de 20____

EL/LA AUTORIZANTE

He recogido el Título.
EL/LA AUTORIZADO/A

Fecha _____

SR./A. DIRECTOR/A DEL CIFP SANTA CATALINA (ARANDA DE DUERO)