

AUTORIZACIÓN DE RETIRADA DE TÍTULOS PROPIOS

D/D^a _____
con D.N.I./Pasaporte Núm. _____ y domicilio en
_____, localidad
_____, y provincia _____, código postal
_____, país _____, teléfono
_____ y email _____.

AUTORIZA:

A _____ con
D.N.I./Pasaporte Núm. _____ a retirar en su nombre el título
o diploma del curso:

En _____, a _____ de _____ de 20 ____

Firma,
