

## AUTORIZACIÓN DE RETIRADA DE TÍTULOS PROPIOS

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_  
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,  
\_\_\_\_\_