

AUTORIZACIÓN 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,
