

D./Dña.

con D.N.I./N.I.E.

, y domicilio en Calle/Avda

nº

población

Provincia

CP

AUTORIZO A:

D./Dña.

con D.N.I./N.I.E.

, para que efectúe en

mi nombre ante el IES MALILLA de Valencia, el trámite de:

Para lo cual se adjunta copia del DNI del autorizante y del autorizado.

En Valencia, a de de 20 .

FIRMA DEL AUTORIZANTE

FIRMA DEL AUTORIZADO

DNI:

DNI: