

AUTORIZACIÓN PARA RETIRAR EL TÍTULO

AUTORITZACIÓ PER A RETIRAR EL TÍTOL

D/D^a
En/Na

(Nombre y Apellidos de la persona solicitante / *Nom i Cognoms de la persona sol·licitant*)

DNI/NIE
DNI/NIE
Localidad
Localitat
Teléfono
Telèfon

Domicilio (C/ Plaza y N^o)
Domicili (C/ Plaça i Núm.)

Provincia
Província

Código postal
Codi postal

AUTORIZO A:
AUTORITZE A:

D/D^a
En/Na

(Nombre y Apellidos de la persona autorizada / *Nom i Cognoms de la persona autoritzada*)

DNI/NIE
DNI/NIE
Localidad
Localitat
Teléfono
Telèfon

Domicilio (C/ Plaza y N^o)
Domicili (C/ Plaça i Núm.)

Provincia
Província

Código postal
Codi postal

A retirar del CIPFP Complejo Educativo de Cheste el correspondiente título expedido a mi nombre.
A retirar del CIPFP Complex Educatiu de Cheste el corresponent títol expedit al meu nom.

Se aportará fotocopia del DNI de la persona solicitante y de la persona autorizada.
S'aportarà fotocòpia del DNI de la persona sol·licitant i de la persona autoritzada.

_____, _____ de _____ de _____

Firma de la persona solicitante / *Signatura de la persona sol·licitant*

Firma / Signatura: _____