

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con D.N.I./N.I.E. \_\_\_\_\_, con  
domicilio en la calle/plaza \_\_\_\_\_, nº  
\_\_\_\_\_, Localidad \_\_\_\_\_,  
C.P. \_\_\_\_\_ Provincia de \_\_\_\_\_, Teléfono \_\_\_\_\_

\* Debe adjuntarse fotocopia del D.N.I./N.I.E. del alumno/a

## **A U T O R I Z O**

A D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con  
D.N.I./N.I.E. \_\_\_\_\_ para recoger LA CERTIFICACIÓN  
ACADÉMICA DE \_\_\_\_\_ depositado en el  
CIFP "SANTA CATALINA" de Aranda de Duero (Burgos), adjuntando para ello una  
fotocopia del D.N.I. /N.I.E. del/a titular del Título.

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

EL/LA AUTORIZANTE

He recogido el Título.  
EL/LA AUTORIZADO/A

Fecha \_\_\_\_\_

SR./A. DIRECTOR/A DEL CIFP SANTA CATALINA (ARANDA DE DUERO)