

D./D^a _____ 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^a _____ con
D.N.I./N.I.E. _____ para recoger el TÍTULO DE
_____ depositado en el C. I. F. P. "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)