

AUTORIZACIÓN PARA A RETIRADA DE TÍTULO UNIVERSITARIO

DATOS DA PERSOA QUE OUTORGA A AUTORIZACIÓN

Nome e apelidos:	
DNI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/>	Núm. identificación:
Número móbil:	
Correo electrónico:	

AUTORIZO A QUE SE FAGA ENTREGA, NO MEU NOME, DO TÍTULO UNIVERSITARIO OFICIAL DE:

E DO TÍTULO OFICIAL DE:

Opcional (encher soamente se recolle un segundo título)

QUE CURSEI NA FACULTADE DE CIENCIAS DA EDUCACIÓN DA UNIVERSIDADE DA CORUÑA.

DATOS DA PERSOA AUTORIZADA

Nome e apelidos:	
DNI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/>	Núm. identificación:

Data:

--

Asdo.:

DOCUMENTACIÓN NECESARIA, XUNTO A ESTA SOLICITUDE ASINADA:

1. Copia do documento de identidade da persoa que autoriza, en vigor.
2. Copia do documento de identidade da persoa autorizada, en vigor.

No momento da retirada a persoa autorizada debe acreditar a súa identidade mediante a presentación do orixinal do documento de identidade achegado coa solicitude.