

**AUTORIZACIÓN PARA RECOGIDA DE CERTIFICACIÓN ACADÉMICA OFICIAL**

**DATOS PERSONALES**

**EXP:**

<b>APELLIDOS</b>		<b>NOMBRE</b>		<b>DNI</b>	
<b>CALLE</b>				<b>Nº</b>	<b>PISO</b>
<b>LOCALIDAD</b>		<b>PROVINCIA</b>		<b>TELÉFONO</b>	
<b>EMAIL</b>					

**AUTORIZO**

A D./Dña.....

con D.N.I: ..... Para recoger en mi nombre el Certificado Académico solicitado.

**(La persona autorizada debe acudir provista de su DNI y fotocopia del mismo además de la fotocopia del DNI del interesado).**

Avilés, a.....de.....de.....

Firma:

**Sr/a. Director/a del C.I.F.P del Deporte**

