

**AUTORIZACIÓN PARA RECOGER EL CERTIFICADO ACADÉMICO OFICIAL**

D/Dña

.....

Con domicilio en.....de

(Municipio).....

Teléfono:..... y D.N.I.: .....

**AUTORIZO:**

A D./Dña.....con

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

Oficial de:.....

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

Gijón, a.....de.....de.....

Firma:

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

Avda. Leopoldo Alas nº 1 – 33402 - AVILÉS - Tfno: 985 129866- Fax: 985 129867 Email:  
cifpdeldporte@educastur.org



MINISTERIO  
DE EDUCACIÓN,  
CULTURA Y DEPORTE



Unión Europea  
Fondo Social Europeo  
"El FSE invierte en tu futuro"

F-04.02.07  
Edición formato: 01  
Fecha: 20/03/2017