

## AUTORIZACIÓN

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_,

con D.N.I./N.I.E.: \_\_\_\_\_ y domicilio en calle/avda./Pl. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

Población \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

### AUTORIZO A:

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, con DNI/NIE: \_\_\_\_\_

para que efectúe en mi nombre ante el CIPFP Vicente Blasco Ibáñez, **el trámite de:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Para lo cual se adjunta copia del DNI del autorizante y del autorizado.**

Valencia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

FIRMA DEL AUTORIZANTE

FIRMA DEL AUTORIZADO

DNI: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_