

AUTORIZACIÓN RECOGIDA DE TÍTULO

D./D^a _____,

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

_____ nº _____

Población _____ Provincia _____ CP _____

AUTORIZO A:

D./D^a _____, con DNI/NIE: _____

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

recoger el título 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: _____