

AUTORIZACIÓN PARA RETIRADA DE TÍTULO UNIVERSITARIO

DATOS PERSONALES DE LA PERSONA QUE OTORGA LA AUTORIZACIÓN:

Primer apellido _____ Segundo apellido _____

Nombre _____ D.N.I. _____

Domicilio en C/ _____ nº _____

Localidad _____ C.P. _____ Provincia _____

Tel. móvil _____ E-mail _____

AUTORIZA A (indique nombre completo de la persona autorizada)

con documento de identidad número

A QUE SE LE HAGA ENTREGA EN MI NOMBRE DEL TÍTULO UNIVERSITARIO DE GRUADO/A EN

QUE HE CURSADO EN LA UNIVERSIDAD CEU CARDENAL HERRERA

DOCUMENTACION NECESARIA, JUNTO CON ESTA SOLICITUD DEBIDAMENTE FIRMADA:

1. FOTOCOPIA DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DE LA PERSONA QUE OTORGA LA AUTORIZACION
(NO SE ADMITIRÁ SI ESE DOCUMENTO DE IDENTIDAD ESTÁ CADUCADO)
2. DOCUMENTO DE IDENTIDAD VÁLIDO, DE LA PERSONA QUE VIENE AUTORIZADA PARA RETIRAR EL
TÍTULO

Firma:

Fecha: / /