**AUTORIZACIÓN PARA LA RETIRADA DE TÍTULOS EN LA SECRETARÍA DEL CDP SANTA CRISTINA**

D./Dña. ………………………………………………………………………………………………………………………………………

con DNI nº ……………………………………. AUTORIZO a D./Dña………………………………………………………….

……………………………………………………………………….. con DNI nº ………………………………………………………

para retirar mi título de\* ………………………………………………………………………………………………………….

 En ………………………………. a ………. de ……………………………….. de 20…..

 El/la alumno/a El/la representante

 Fdo.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Indicar el nivel de estudios del título a retirar.

**Nota importante:**

Adjuntar fotocopia del DNI del interesado, y original y copia del DNI de la persona autorizada.