

(AUTORIZACIÓN PARA RETIRAR DOCUMENTO)

D./ª			
con DNI/NIE			
domicilio			
localidad		c.p.	
provincia		tfno	-
correo electrónico			
Matriculado/a en los estudios de			

A través del presente documento, da su autorización a:

D./ª			
CON DNI/NIE (se presenta original par su comprobación)			
domicilio			
localidad		c.p.	
provincia		Correo electrónico	

Para que en mi nombre pueda realizar lo siguiente (marcar con una X):

<input type="checkbox"/>	Solicitar y recoger certificación académica de calificaciones
<input type="checkbox"/>	Otros:

Osuna, _____ de _____ de 2.0
(Firma del Solicitante)

SR/SRA DIRECTOR/A DE LA ESCUELA UNIVERSITARIA DE OSUNA