

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con DNI nº \_\_\_\_\_ ,  
domiciliado en la C/ \_\_\_\_\_ , nº \_\_\_\_\_ , localidad  
\_\_\_\_\_, provincia \_\_\_\_\_ y número de teléfono \_\_\_\_\_ ,

AUTORIZA:

A su \_\_\_\_\_ D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ , con DNI nº \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,

A

Íscar, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .

Fdo.

Se adjunta fotocopia de DNI o NIE del interesado.

SR. DIRECTOR/A DEL