

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 recoger en mi nombre el Título de

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

Fdo.

Se adjunta fotocopia del DNI o NIE del interesado.

SR. DIRECTOR/A DEL