

AUTORIZACIÓN RETIRADA DE TÍTULO · CURSO ____ / ____

CUMPLIMENTAR EN MAYÚSCULAS

| DATOS ALUMNO O ALUMNA | | |
|-----------------------|---------------------------|---------------------------|
| NOMBRE: | 1 ^{er} APELLIDO: | 2 ^{do} APELLIDO: |
| DOMICILIO: | | |
| Nº: | PORTAL: | PISO: |
| LOCALIDAD: | | C.P.: |
| DNI/PASAPORTE: | | TFNO. MÓVIL: |
| EMAIL: | | |

AUTORIZA A

con DNI/NIE/Pasaporte _____ a retirar, en la secretaría del Colegio Hélicon, el título expedido a su nombre, junto con la documentación académica correspondiente de:

- Educación Secundaria Obligatoria
- Bachillerato

*Se acompaña con la autorización fotocopias del documento de identidad del alumno/a y autorizado.

En _____, a _____ de _____ de 20 ____

Fdo. _____

Firma del solicitante o de su madre/padre/tutor legal