



UNIVERSIDAD ALFONSO X EL SABIO

D./Dña. _____
con D.N.I. _____, Teléfono _____
nacionalidad _____ y con domicilio en _____
_____ Código Postal _____ Población _____
Provincia _____ Email _____

A) PERSONAS FÍSICAS

AUTORIZA A D/D^a _____ con
DNI _____ PARA QUE SOLICITE \ RETIRE EN MI
NOMBRE EL CERTIFICADO ACADÉMICO PERSONAL

B) MENSAJERÍA

AUTORIZA A LA ENTIDAD _____ con
CIF _____ PARA QUE SOLICITE \ RETIRE EN MI NOMBRE
EL CERTIFICADO ACADÉMICO PERSONAL.

En _____, a _____ de _____ de 200__

Fdo:

INSTRUCCIONES:

Documentación a adjuntar con la instancia debidamente cumplimentada:

- Fotocopia a dos caras del D.N.I. que no haya caducado
- No se admitirán copias de autorizaciones ni tampoco enviadas por fax