

AUTORITZACIÓ PER A LA RECOLLIDA DEL TÍTOL ACADÈMIC

En / Na _____, amb DNI _____ autoritzo a
en / na _____, amb DNI _____, perquè reculli el
meu corresponent títol, presentant el seu DNI i adjuntant còpia del meu DNI.

de/d' _____ de 20 _____

Signatura de l'interessat/ada

Signatura de l'autoritzat/ada

Sr. Director de l'Institut d'Ensenyaments a Distància de les Illes Balears