

D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_ DNI/NIE \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_

Población \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

## **AUTORIZO:**

A D./D<sup>ÑA</sup>.: \_\_\_\_\_

CON DNI \_\_\_\_\_ A RECOGER EL **DOCUMENTO DE ACREDITACIÓN DE UNIDADES DE COMPETENCIA INCLUIDAS EN TÍTULOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL Y/O CERTIFICADOS DE PROFESIONALIDAD** DEPOSITADO EN EL CIFP SIMÓN DE COLONIA DE BURGOS.  
PARA ELLO ADJUNTO LAS FOTOCOPIAS DE LOS DNI DEL/ DE LA TITULAR DEL DOCUMENTO Y DE LA PERSONA AUTORIZADA A RECOGERLO.

Burgos, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(*firma*)

(*firma*)

Fdo.:  
(EL AUTORIZANTE)

Fdo.:  
(EL AUTORIZADO)