



**(AUTORIZACIÓN PARA RETIRAR DOCUMENTO)**

D./a			
con DNI/NIE			
domicilio			
localidad			c.p.
provincia	tfno	-	
correo electrónico			
Matriculado/a en los estudios de			

**A través del presente documento, da su autorización a:**

D./a			
con DNI/NIE (se presenta original para su comprobación)			
domicilio			
localidad			c.p.
provincia	Correo electrónico		

**Para que en mi nombre pueda realizar lo siguiente (marcar con una X):**

- Solicitar y recoger certificación académica de calificaciones  
 Otros:

Osuna, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.0  
(Firma del Solicitante)

**SR/SRA DIRECTOR/A DE LA ESCUELA UNIVERSITARIA DE OSUNA**