



CENTRO UNIVERSITARIO  
DE PLASENCIA

Avda. Virgen del Puerto Nº2,  
10600- Plasencia  
Tlfn.: 927257000  
FAX: 927425209

AUTORIZACIÓN PARA RETIRADA DE DOCUMENTACIÓN PERSONAL

| DATOS PERSONALES                  |                    |         |          |           |       |
|-----------------------------------|--------------------|---------|----------|-----------|-------|
| DNI/NIE/Pasaporte                 | Nombre y Apellidos |         |          |           |       |
| Calle/Avenida/Plaza (especificar) | Número             | Portal  | Escalera | Piso      | Letra |
| Código Postal                     | Localidad          |         |          | Provincia |       |
| Titulación                        |                    |         |          | Curso     |       |
| Teléfono/Móvil                    |                    | E-mail* |          |           |       |

| AUTORIZA A                        |                    |        |          |           |       |
|-----------------------------------|--------------------|--------|----------|-----------|-------|
| DNI/NIE/Pasaporte                 | Nombre y Apellidos |        |          |           |       |
| Calle/Avenida/Plaza (especificar) | Número             | Portal | Escalera | Piso      | Letra |
| Código Postal                     | Localidad          |        |          | Provincia |       |

| DOCUMENTACIÓN PRECEPTIVA   |
|--|
| Fotocopia del DNI del alumno.<br>Fotocopia del DNI de la persona autorizada. |

Para que en su nombre y representación, solicite y retire en la Secretaría del Centro Universitario de Plasencia:

- Certificado de Calificaciones, (Personal, Expediente Informativo, ...).
- Acreditación de Matrícula.
- Tramitación de Títulos.
- Otros, (especificar) \_\_\_\_\_

En, \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

EL ALUMNO

EL REPRESENTANTE AUTORIZADO

Fdo.: \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_