

AUTORIZACIÓN RECOGIDA DE DOCUMENTOS

DATOS PERSONALES

Apellidos:		
Nombre:	DNI:	
Domicilio:		
Localidad:	Provincia:	Código postal:
Teléfono:	Correo electrónico:	

AUTORIZO A

Apellidos:		
Nombre:	DNI:	
Domicilio:		
Localidad:	Provincia:	Código postal:
Teléfono:	Correo electrónico:	

A retirar en mi nombre la siguiente documentación de la Secretaría de la Escuela Sanitaria Técnico Profesional de Navarra - ESTNA:

- Certificación Académica Oficial
- Resguardo del Título de: _____
- Título de: _____
- Otros: _____

Este impreso ha de acompañarse de FOTOCOPIAS DE LOS DNI de la persona que autoriza y de la persona autorizada.

En Pamplona, a de de 20

Firma de la persona autorizada

Firma del interesado