

MODELO DE AUTORIZACIÓN

DATOS PERSONALES

D./D^a:

, alumno-a/ exalumno-a del Centro Universitario de la Defensa, con DNI:

y domicilio en

Localidad:

Código postal:

Teléfono:

Correo electrónico:

AUTORIZA a:

D./D^a

D.N.I./Pasaporte N°

Para que, en su nombre, realice los siguientes trámites en el Centro Universitario de la Defensa (señalar el trámite que corresponda):

En

a de

de 20

Fdo.:

IMPORTANTE: Esta autorización no tendrá validez si no se acompaña copia del DNI, tanto del solicitante como de la persona autorizada.