Autorización

A/O INTERESADA/O

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome e apelidos | | Núm. de documento de identidade |
| Teléfono de contacto | Titulación | |

AUTORIZO A

|  |  |
| --- | --- |
| Nome e apelidos | Núm. de documento de identidade |

A facer o trámite indicado:

|  |
| --- |
|  |

Data:

Sinatura do/a interesado/a Sinatura da persoa autorizada

NOTA: Deberá achegar fotocopia do documento de identidade do/a interesado/a o orixinal da persoa autorizada