



**XUNTA
DE GALICIA**

**CONSERVATORIO
SUPERIOR DE MÚSICA
DA CORUÑA**



C S M
CONSERVATORIO SUPERIOR
DE MÚSICA DA CORUÑA

IMPRESO –AUTORIZACIÓN RECOLLIDA DO TÍTULO.

Dª/D.....

con DNI:, Domicilio en

..... Localidade,

Concello Provincia

Código Postal

Correo electrónico.....

Autorizo a:

Dª/D.....

con DNI:,

A retirar no meu nome o título de:

A/O alumna/o:

Asdo.:

Debe achegarse a esta autorización unha fotocopia simple do DNI do titular, e a persoa autorizada deberá traer e ensinar o seu DNI