



INSTITUT D'EDUCACIÓ SECUNDÀRIA FELANITX  
Conselleria d'Educació i Universitat  
Govern de les Illes Balears

## AUTORITZACIÓ PER RECOLLIR EL TÍTOL

*Títol de* \_\_\_\_\_

### **Dades de la persona que autoritza**

Llinatges i nom: \_\_\_\_\_

Núm. DNI/NIF/NIE/PASS. \_\_\_\_\_

Domiciliat/ada al carrer/plaça \_\_\_\_\_ núm. \_\_\_\_\_

Codi postal \_\_\_\_\_ Localitat \_\_\_\_\_

Telèfon/s de contacte \_\_\_\_\_

Firma:

---

### **Dades de la persona autoritzada**

Llinatges i nom: \_\_\_\_\_

Núm. DNI/NIF/NIE/PASS. \_\_\_\_\_

Domiciliat/ada al carrer/plaça \_\_\_\_\_ núm. \_\_\_\_\_

Codi postal \_\_\_\_\_ Localitat \_\_\_\_\_

Telèfon/s de contacte \_\_\_\_\_

Firma:

---

### **Localitat i data:**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Aquesta autorització ha de dur una fotocòpia del DNI de les dues persones, grapada. La persona autoritzada haurà de mostrar, a més, el seu DNI original.