



## MODELO DE AUTORIZACIÓN

### DATOS PERSONALES

D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_ alumno-a/exalumno-a  
de \_\_\_\_\_ con D.N.I. \_\_\_\_\_ y  
domicilio en C/Pza. \_\_\_\_\_  
C.P. \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

### AUTORIZA a:

D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_  
D.N.I./Pasaporte n.º. \_\_\_\_\_

**Para que, en su nombre, realice los siguientes trámites en la Secretaría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza.**

(señalar el trámite que corresponda):

- Solicitud de expedición del Título de \_\_\_\_\_  
y entrega del correspondiente resguardo.
- Solicitud y entrega de un certificado académico oficial.
- Otro trámite (detallar):  
\_\_\_\_\_

Zaragoza a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

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