



AUTORIZACIÓN PARA RECOGER COPIAS DE EXÁMENES

A la atención del Director General del Colegio Diocesano KAROL WOJTYLA de Seseña

DATOS DEL PODERDANTE

D./Dña. _____, con D.N.I. núm. _____,
con domicilio a efectos de notificaciones en la C/ _____
núm. _____, de _____, en calidad de padre/madre o tutor legal de alumno
de este Colegio D./Dña. _____, que cursa estudios de
_____ en el curso _____ grupo _____

AUTORIZO A:

D./Dña. _____, con D.N.I. núm. _____,
a recoger en mi nombre la copias/as de los exámenes del profesor que imparte las
asignaturas siguientes:

Profesor: D./Dña. _____

Materia: _____, del día (o días) _____.

Materia: _____, del día (o días) _____.

Materia: _____, del día (o días) _____.

Dichos exámenes fueron solicitados el día ___ de _____ de 202__ y se
encuentran en la Secretaría del Colegio KAROL WOJTYLA de Seseña.

En Seseña a ___ de _____ de 202__

RECIBO DE ENTREGA DE LAS COPIAS DE EXÁMENES SOLICITADAS:

Recogido por D./Dña. _____, el día ___
de _____ de 202__.

FIRMA DE LA PERSONA AUTORIZADA