

D./Dña. \_\_\_\_\_

con D.N.I./N.I.E. \_\_\_\_\_, y domicilio en Calle/Avda./Pl. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

población \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

**AUTORIZO A:**

D./Dña. \_\_\_\_\_

con D.N.I./N.I.E. \_\_\_\_\_, para que efectúe en

mi nombre ante el CIPFP VICENTE BLASCO IBAÑEZ de Valencia, el trámite de:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Para lo cual se adjunta copia del DNI del autorizante y del autorizado.

En Valencia, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

FIRMA DEL AUTORIZANTE

FIRMA DEL AUTORIZADO

DNI: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_