

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_,  
con D.N.I./N.I.E.: \_\_\_\_\_ y domicilio en calle/avda./Pl. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_  
Población \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

**AUTORIZO A:**

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, con DNI/NIE: \_\_\_\_\_  
para que efectúe en mi nombre ante el CIPFP Vicente Blasco Ibáñez, **el trámite de:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Valencia, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

FIRMA DEL AUTORIZANTE

FIRMA DEL AUTORIZADO

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

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