|  |  |
| --- | --- |
| **LOGO NOMBRE ENTERO HORIZ** | Impreso: AR-D  **AUTORIZACIÓN EXPRESA A TERCEROS**  **PARA TRAMITACIÓN Y RETIRADA DE DOCUMENTOS** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE** | | | | |
| NOMBRE Y APELLIDOS: | | | | |
| Nº DNI/TIE/PASAPORTE: | | | | |
| NACIONALIDAD: | | | FECHA DE NACIMIENTO:   /      / | |
| DOMICILIO: | | | | |
| LOCALIDAD: | PROVINCIA: | | | CP: |
| TELÉFONO MÓVIL (Obligatorio): | | TELÉFONO FIJO: | | |
| CORREO ELECTRÓNICO (Obligatorio): | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **AUTORIZACIÓN:** | | | | |
| **AUTORIZO EXPRESAMENTE A:** | | | | |
|  | D./DÑA.: | | |  |
|  | CON DNI/TIE/PASAPORTE NÚMERO: | | |  |
| A TRAMITAR Y/O SOLICITAR EN MI NOMBRE LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN: | | | | |
|  | | | | |
| INFORME ACADÉMICO | | CERTIFICADO DE MATRÍCULA | | |
| CERTIFICADO ACADÉMICO PERSONAL | | CERTIFICADO SUPLETORIO PROVISIONAL DEL TÍTULO | | |
| CERTIFICADO DE TASAS Y PAGOS | | OTROS (a continuación, especifique el tipo de certificado) | | |
|  | Tipo de certificado: | | |  |
|  | | | | |
|  | **IMPORTANTE:** | | |  |
|  | La presente autorización no tendrá validez si no se adjunta copia del DNI/TIE/Pasaporte del estudiante y de la persona autorizada y caduca a los 30 días a contar desde la fecha y firma del estudiante autorizante. | | |  |
| **Protección de datos.** Los datos personales recogidos en este impreso serán incorporados y tratados, con destino y uso exclusivamente administrativo, académico y para hacerle llegar información sobre las actividades de la Universidad Católica Santa Teresa de Jesús de Ávila (UCAV. Dispone de más información sobre la política de protección de datos personales de la UCAV y sobre cómo ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición o portabilidad en https://www.ucavila.es/PoliticaPrivacidad.pdf | | | En **,** a de de | |
|  | |
|  | |
| Firma del solicitante | |

|  |  |
| --- | --- |
| **\* RECIBÍ DE LA DOCUMENTACIÓN**  *Cumplimentar en el momento en que sea retirada la documentación objeto de esta autorización*. | |
|  |  |
|  | FECHA DE REITRADA DE LA DOCUMENTACIÓN |
| FIRMA DEL AUTORIZADO | \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| DNI/TIE/PASAPORTE DEL AUTORIZADO:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  | |