(Todos los campos son obligatorios.)

Edif. Hospital Real Plaza Falla nº8 11003- Cádiz

ANEXO I

IMPRESO DE APODERAMIENTO PARA LA RECOGIDA DE TÍTULOS OFICIALES EXPEDIDOS POR LA UNIVERSIDAD DE CÁDIZ

| D./Dña (otorgante) | | |
|-----------------------------------|--|--------|
| DNI/NIE/Pasaporte | | |
| Correo electrónico | | |
| Teléfono | | |
| Título oficial | | |
| Centro universitario | | |
| OTORGA LA REPRESENTACIÓN A | | |
| D./Dña. (representante) | | |
| DNI/NIE/Pasaporte | | |
| Correo electrónico | | |
| Teléfono | | |
| PARA LA RETIRADA DE ' DE CÁDIZ | TÍTULO OFICIAL EXPEDIDO POR LA UNIVERSID | DAD |
| En prueba de conformidad, y | y respondiendo de la veracidad de los datos aportados, o, en a de a | de 202 |
| El/la otorgante | El/la representante | |
| | | |
| Fdo. | Fdo. | |
| | | |