

D./Dña. _____ con

D.N.I./N.I.E. _____, y domicilio en Calle/Avda./Pl. _____

nº _____ población _____ Provincia _____ CP _____

AUTORIZO A: D./Dña. _____

con D.N.I./N.I.E. _____, para que efectúe en mi nombre ante el CIPFP Ciutat de L'Aprenent de Valencia, el trámite:

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

En Valencia, a ____ de _____ de 202_

FIRMA DEL AUTORIZANTE	FIRMA DEL AUTORIZADO
DNI:	DNI: