**IMPRESO DE AUTORIZACIONES**

D./Dª.       D.N.I.

CON DOMICILIO EN

CÓDIGO POSTAL       LOCALIDAD       PROVINCIA

TELÉFONO/S       E-MAIL

**AUTORIZA A:**

D./Dª.       D.N.I.

PARA

EN      , A Haga clic aquí para escribir una fecha..

|  |  |
| --- | --- |
| FIRMA DEL AUTORIZANTE | FIRMA DEL AUTORIZADO |
|  |  |
|       |       |

***Incluir fotocopia del DNI del Autorizante y del Autorizado***