



AUTORITZACIÓ DE TRÀMITS

COGNOMS I NOM

	NIF:
--	------

ADREÇA

C/	Núm.
Municipi:	CP:
Telèfon:	Fax:

EXPOSO: Que davant la impossibilitat de comparèixer en la Secretaria de la Facultat de Dret, Economia i Turisme de la Universitat de Lleida, per mitjà d'aquest document,

AUTORITZO A:

COGNOMS I NOM

	NIF:
--	------

ADREÇA

C/	Núm.
Municipi:	CP:
Telèfon:	Fax:

Perquè en el meu nom i representació pugui realitzar la següent gestió (1):

- Sol·licitar/recollir l'expedient acadèmic de l'ensenyament de _____
- Sol·licitar/recollir un certificat acadèmic personal de l'ensenyament de _____
- _____

Lleida, _____ de _____ de _____

(Signatura de qui autoritza)

(Signatura de la persona autoritzada)

- Cal que porti fotocòpia del DNI/NIE/TR/Passaport de qui autoritza
- La persona autoritzada s'haurà d'identificar degudament

(1) Aquesta autorització serà vàlida exclusivament per a una única gestió i el període de validesa d'aquest document és d'un mes.