



MODEL D'AUTORITZACIÓ

NOM i COGNOMS: _____ DNI: _____

AUTORITZO

Al Sr./ A la Sra. _____, amb DNI núm. _____
a recollir a l'Institut Marianao

- el títol d'ESO, Batxillerat, o CF
- un certificat
- Altres (Especifiquen _____)

Signatura de qui autoritza

Signatura de l'autoritzat/da

- S'adjunta còpia del DNI de la persona que autoritza.

Sant Boi de Llobregat, a _____ de _____ de 202__

Sr./Sra. Director/a de l'INS Marianao





Generalitat de Catalunya
Departament d'Educació
Institut Mariano

Passeig de les Mimoses, 18
08830 Sant Boi de Llobregat
Tel. 936 40 78 58
www.institutmariano.cat
insmariano@xtec.cat