



Facultad de
Filosofía y Letras
Universidad Zaragoza

MODELO DE AUTORIZACIÓN

DATOS PERSONALES

D./Dña.: _____ D.N.I.: _____

E-mail: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ C.P.: _____ Teléfono/s: _____

Titulación: _____

AUTORIZA A:

D./Dña.: _____ D.N.I.: _____

Para que, en su nombre, realice los siguientes trámites en la Secretaría de la Facultad de Filosofía y Letras:

- Solicitud y entrega de un certificado académico
- Solicitud del Título de Licenciado/Diplomado/Máster
- Otro trámite (detallar):

_____, a _____ de _____ de 201__

Firmado: _____

IMPORTANTE: Esta autorización no tendrá validez si no se acompaña de copia del DNI tanto del solicitante como de la persona autorizada.

De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de carácter personal, le informamos de que sus datos pasan a formar parte del fichero de estudiantes de la Universidad de Zaragoza, cuya finalidad es la gestión académica y administrativa de los estudiantes, así como su participación en los servicios universitarios, de acuerdo con lo dispuesto en la Resolución de la Universidad de Zaragoza de 16 de julio de 2001, de creación de ficheros. Le comunicamos que puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación de sus datos remitiendo un escrito a la Sra. Gerente de la Universidad de Zaragoza adjuntando copia de documento que acredite su identidad.