### AUTORIZACIÓN

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos:

DNI/NIE/Pasaporte:

Dirección:

Población: Código postal:

AUTORIZO:

A que la Universidad de Barcelona haga las consultes necesarias ante las institucions de educación de *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(indicar el país) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*para verificar los estudiós cursados.

, d de

Firma