

La Plata,.....de.....de 2024

Autoridades ISFD N°17

-----S/D-----

Por medio de la presente, quien suscribe.....

(APELLIDO Y NOMBRE)(DNI), Egresado/a del Profesorado de

Dejo constancia de AUTORIZAR a quien se detalla en la presente nota, a recibir notificación de Constancia de Asignación de Título Digital.

DATOS DE EL/LA AUTORIZADO/A

Apellido y Nombre:

DNI:

.....
Firma y Aclaración con DNI EGRESADO/A

Confeccionar por DUPLICADO.