



VNiVERSiDAD
D SALAMANCA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Avda. de la Merced, 109-131, C.P. 37005 - Salamanca
Tel . (34) 923 29 46 10 Fax . (34) 923 29 46 04
<http://psicología.usal.es>

ACREDITACIÓN DE REPRESENTACIÓN

(Artº. 32 de la Ley 30/1992 de 26 de noviembre)

DATOS PERSONALES DEL INTERESADO/A:

Apellidos:

Nombre:

D.N.I.:

AUTORIZO a :

Apellidos:

Nombre:

D.N.I.:

A actuar en mi nombre y representación ante la Universidad de Salamanca¹

Salamanca,

de

de

Firma del solicitante:

Firma del representante:

¹ Si quiere la autorización a un acto determinado, descríbase el mismo a continuación: