

SOLICITUDE AUTORIZACIÓN PARA A GRAVACIÓN DA PROBA DE ACCESO AO CMUS MANUEL QUIROGA

Alumno/ a

Nome.....con DNI.....

Pai/nai/Titor (cubrir só no caso de menores de idade)

Nome.....con DNI.....

AUTORIZO

NON AUTORIZO

(marcar unha opción)

A gravación do desenvolvemento da miña proba que poderá ser visionada polo tribunal en caso necesario.

En Pontevedra, a.....de.....de 2025

Asinado:.....

(polo pai/nai/titor no caso de menores de idade)