



SDC RESIDENCIA

IV Campus de Verán 2019

Nome e apelidos: _____ Categoría: _____

Enderezo: _____ Portal: _____ Piso: _____

CP: _____ Cidade: _____ Provincia: _____

Teléfono fixo: _____ Teléfono móbil: _____

Alerxias: _____

Outra información: _____

AUTORIZACIÓN

D/D^a _____ con DNI _____, autorizo
ao meu fillo/filla a que asista ao Campus de Verán 2019 organizado pola SDC Residencia.

Lugo, a _____ de _____ de 2019

Sinatura