



XUNTA DE GALICIA

CONSELLERÍA DE EDUCACIÓN, UNIVERSIDADE E FORMACIÓN PROFESIONAL  
CENTRO RESIDENCIAL DOCENTE DE OURENSE



**(PARA CUBRIR SÓ POR ALUMNOS/AS MENORES DE IDADE. A ASINAR POLOS PAIS)**

D/Dna.....  
con DNI ..... como pai/nai/tiror/a de .....  
.....con DNI.....  
alumno residente no CRD de Ourense no curso .....e que cursa  
os seus estudos no centro educativo (indicar).....

**A U T O R I Z A**

Ao persoal docente do CRD de Ourense a recopilar toda a información académica que os  
titores/as do centro consideren necesaria (horarios, faltas de asistencia, calificacións  
etc) para o seu seguimento académico, a fin de garantir o máximo aproveitamento das  
prestacións que o CRD lle ofrece.

En Ourense, a      de.....de 202

Asdo.: