\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_\_días, del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_ del 202\_\_

 (Ciudad) (Fecha)

Señor/a:

Director/a de la Unidad de Admisión y Registro

UNIVERSIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS – ESPE

Yo, ……………………………………… con cédula de ciudadanía No. ………………, egresado/egresada de la Carrera …………………..……………………………………. de la Universidad de las Fuerzas Armadas – ESPE, procedo mediante la presente a autorizar a …………………………….…………………… con cédula de ciudadanía No. ………………….. para que retire mi título académico de la Unidad de Admisión y Registro.

Por lo anteriormente manifestado, en este acto deslindo de toda responsabilidad a la Universidad de las Fuerzas Armadas – ESPE y a sus representantes.

Atentamente:

Firma: ……………………….……………………………

Nombre: …………………………………………….

C.C: ……………………………………………

Correo: …………………………………….…….

Teléfono: ………………………………………….

**Importante:** Se receptara únicamente esta autorización con firma física original (tinta esfero azul) - (no impresa, no escaneada, no firma electrónica ni digital)

**Nota:**

Se adjunta:

* Copia de cédula de persona que autoriza
* Original y copia de persona autorizada.