

TERMO DE RETIRADA DE DIPLOMA(S) DELF-DALF

Eu, (nome completo) _____, portador do RG nº _____ autorizo a retirada do meu diploma DELF-DALF (informe o nível) _____ sessão (informe mês e ano da sessão) ____/____, por (nome completo do representante), _____portador(a) do RG nº _____ no dia __/__/__

_____, ____ de _____ de 20____

(localidade), (dia) de (mês) de (ano).

(assinatura do candidato.a)