**AUTORIZACIÓN PARA LA PRESENTACIÓN Y FIRMA DE LA SOLICITUD**

**1.- Datos de la persona que autoriza:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NIF/NIE |  |  Nombre |  |
| Apellido1º |  | Apellido 2º |  |
| Dirección  | Tipo vía |  | Nombre vía |  | Nº/Km |  |
| Piso |  | Puerta |  | CP |  | Municipio |  | Provincia |  |

**2.- Datos de la persona o entidad autorizada:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NIF/NIE |  |  Nombre / Razón Social  |  |
| Apellido 1º |  | Apellido 2º |  |
| Dirección  | Tipo vía |  | Nombre vía |  | Nº/Km |  |
| Piso |  | Puerta |  | CP |  | Municipio |  | Provincia |  |

**3.- Descripción de la convocatoria:**

|  |
| --- |
| Solicitud de admisión a pruebas selectivas del proceso extraordinario de estabilización de empleo temporal del personal laboral para el acceso a plazas de la categoría profesional de Medicina Familiar y Comunitaria (Grupo I, Nivel 10, Área D) de la Comunidad de Madrid |

D./Dª............................................................................... autoriza a D/Dª.................................................................... a la presentación y firma de la solicitud en su nombre, asumiendo con dicha firma la declaración responsable sobre la veracidad de los datos declarados en la citada solicitud, así como cualquier otra contenida en la misma, única y exclusivamente a dichos efectos.

En ………………………., a……..... de……..…………..… de…………

Fdo.: