**AUTORIZACIÓN PARA PRESENTACIÓN DE SOLICITUD**

**1.- Datos del/de la interesado/a:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NIF/NIE/PASAPORTE | |  | | | | | Nombre | | | |  | | | | | | | | | |
| Apellido 1º | | |  | | | | | | | | | | | Apellido 2º | |  | | | | |
| Dirección | | | | Tipo vía | |  | | | | Nombre vía | | |  | | | | | | Nº |  |
| Piso |  | | | Puerta |  | | | CP |  | | | Localidad | | |  | | Provincia |  | | |

**2.- Datos de el/la representante:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NIF/NIE/PASAPORTE | |  | | | | | Nombre | | | |  | | | | | | | | | |
| Apellido 1º | | |  | | | | | | | | | | | Apellido 2º | |  | | | | |
| Dirección | | | | Tipo vía | |  | | | | Nombre vía | | |  | | | | | | Nº |  |
| Piso |  | | | Puerta |  | | | CP |  | | | Localidad | | |  | | Provincia |  | | |

**3.- Datos del Procedimiento:**

|  |
| --- |
| **Pruebas selectivas para el acceso a la condición de****personal estatutario fijo del Servicio Madrileño de Salud en la categoría de** …………………………………………. |

D./Dª autorizo a D/Dª a la presentación de la solicitud en su nombre, y única y exclusivamente a dichos efectos.

En Madrid, a………… de ……………………………de…………

Fdo.: