**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.: