



**AUTORIZACIÓN PARA PRESENTACIÓN DE SOLICITUD**

**1.- Datos del autorizante:**

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

**2.- Datos del autorizado:**

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

**3.- Datos del Procedimiento:**

Nombre del Procedimiento <b>PRUEBAS SELECTIVAS PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD EN LA CATEGORÍA DE MÉDICO DE FAMILIA DE ATENCIÓN PRIMARIA</b>
--

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

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

Fdo.:

<b>DESTINATARIO</b>	
---------------------	--