

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:

Pruebas selectivas para el acceso a la condición de personal estatutario fijo del Servicio Madrileño de Salud en la categoría de Técnico Superior Especialista en Anatomía Patológica

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

En, a de de

Fdo.:

| | |
|---------------------|--|
| DESTINATARIO | |
|---------------------|--|