

## 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 por el sistema de promoción interna en la categoría de Técnico Superior Especialista en Anatomía Patológica**

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> |  |
|---------------------|--|