

## 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 Facultativo Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial**

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>	
---------------------	--