

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

En, a..... dede.....

Fdo.:

DESTINATARIO	
---------------------	--