

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 Farmacia Hospitalaria

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 | |
|---------------------|--|