

## **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 Radiodiagnóstico**

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

En ....., a..... de .....de.....

Fdo.:

|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>DESTINATARIO</b> |  |
|---------------------|--|