**AUTORIZACIÓN PARA PRESENTACIÓN Y/O FIRMA DE SOLICITUD**

**1.- Datos de la persona que autoriza:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NIF/NIE |  |  Nombre |  |
| Apellidos |  |
| Dirección  | Tipo vía |  | Nombre vía |  | Nº |  |
| Piso |  | Puerta |  | CP |  | Localidad |  | Provincia |  |

**2.- Datos de la persona o entidad autorizada:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NIF/NIE |  |  Razón Social / Entidad |  |
| Apellidos |  |
| Dirección  | Tipo vía |  | Nombre vía |  | Nº |  |
| Piso |  | Puerta |  | CP |  | Localidad |  | Provincia |  |

**3.- Datos del procedimiento:**

|  |  |
| --- | --- |
|  Nombre del Procedimiento | Solicitud de admisión a pruebas selectivas del proceso extraordinario de estabilización de empleo temporal del personal laboral para el acceso de la categoría profesional de Titulado Superior Especialista, Especialidad de Geriatría (Grupo I, Nivel 10, Área D) de la Comunidad de Madrid |

D./Dª.......................................... autoriza a D/Dª..........................................................a (márquese lo que proceda)

□ La **presentación** de la solicitud en su nombre, **y única y exclusivamente a dichos efectos**.

□ La **firma** y la **presentación** de la solicitud en su nombre, en cuyo caso, como solicitante, DECLARA que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y que reúne los requisitos establecidos en la convocatoria en la que participa, comprometiéndose en su caso a acreditarlos debidamente.

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

Fdo.: