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

**1.- Datos del autorizante:**

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

**2.- Datos del autorizado:**

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

**3.- Datos del procedimiento:**

|  |  |
| --- | --- |
|  Nombre del Procedimiento |  |
| INGRESO EN EL CUERPO DE TÉCNICOS SUPERIORES DE SALUD PÚBLICA, ESCALA DE VETERINARIA |

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

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

□ la **firma** y la **presentación** de la comunicación en su nombre, en cuyo caso, como solicitante, DECLARA que son ciertos los datos consignados en la presente comunicación.

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

Fdo.:

Los datos personales recogidos en este formulario serán tratados de conformidad con el nuevo Reglamento Europeo (UE) 2016/679 de Protección de Datos. La información relativa a los destinatarios de los datos, la finalidad y las medidas de seguridad, así como cualquier información adicional relativa a la protección de sus datos personales podrá consultarla en el siguiente enlace www.madrid.org/proteccionDeDatos. Ante el responsable del tratamiento podrá ejercer, entre otros, sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación de tratamiento.