

AUTORIZACIÓN DE REPRESENTACIÓN

1.- Datos de el/la autorizante:

NIF/NIE		Apellidos			
Nombre			Correo electrónico		
Fax		Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	

2.- Datos de el/la autorizado/a:

NIF/NIE		Apellidos			
Nombre/Razón Social			Correo electrónico		
Fax		Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	

3.- Datos del procedimiento:

Nombre del Procedimiento					
CONCURSO DE TRASLADOS PARA PLAZAS DE PERSONAL ESTATUTARIO DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD					

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

En, a de de

Fdo.:

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados por el órgano responsable del fichero al que dirige la solicitud enunciada y que figura, para la finalidad a la que hace mención en su escrito, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.