



AUTORIZACIÓN PARA PRESENTACIÓN DE SOLICITUD

1.- Datos del autorizante:

NIF/NIE		Nombre	
Apellido 1º		Apellido 2º	
Dirección	Tipo vía	Nombre vía	Nº
Piso	Puerta	CP	Localidad
		Provincia	

2.- Datos del autorizado:

NIF/NIE		Nombre	
Apellido 1º		Apellido 2º	
Dirección	Tipo vía	Nombre vía	Nº
Piso	Puerta	CP	Localidad
		Provincia	

3.- Datos del Procedimiento:

Nombre del Procedimiento
PRUEBAS SELECTIVAS PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO DEL SERVICIO DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID EN LA CATEGORÍA DE TÉCNICO MEDIO SANITARIO EN CUIDADOS AUXILIAR DE ENFERMERÍA

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

En Madrid, a..... dede.....

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.

DESTINATARIO	Servicio Madrileño de Salud - Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales - Subdirección General de Selección de Personal y Provisión de Puestos- Unidad de Oposiciones y Concursos Personal Estatutario
---------------------	---