**AUTORIZACIÓN PARA LA PRESENTACIÓN Y FIRMA DE LA SOLICITUD**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NIF/NIE | | | |  | | | | | | Nombre | | |  | | | | | | | | |
| Apellido1º | | |  | | | | | | | | | | | Apellido 2º | | |  | | | | |
| Dirección | | Tipo vía | | | |  | | | | | Nombre vía | | | |  | | | | | Nº/Km |  |
| Piso |  | | | | Puerta | |  | CP |  | | | Municipio | | | |  | | Provincia |  | | |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NIF/NIE | | | |  | | | | | | Nombre / Razón Social | | | | | |  | | | | | |
| Apellido 1º | | |  | | | | | | | | | | Apellido 2º | | | |  | | | | |
| Dirección | | Tipo vía | | | |  | | | | | Nombre vía | | |  | | | | | | Nº/Km |  |
| Piso |  | | | | Puerta | |  | CP |  | | | Municipio | | |  | | | Provincia |  | | |

**3.- Descripción de la convocatoria:**

|  |
| --- |
| Cuerpo de Técnicos Superiores de Salud Pública, Especialidad de Medicina del Trabajo, de Administración Especial, Grupo A, Subgrupo A1 |

D./Dª............................................................................... autoriza a D/Dª.................................................................... a la presentación y firma de la solicitud en su nombre, asumiendo con dicha firma la declaración responsable sobre la veracidad de los datos declarados en la citada solicitud, así como cualquier otra contenida en la misma, única y exclusivamente a dichos efectos.

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

Fdo.: