**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:**

|  |
| --- |
| Proceso extraordinario de estabilización de empleo temporal de personal laboral para el acceso, por el sistema de concurso, a plazas de la categoría profesional de Titulado Superior, Especialidad de Medicina (Grupo I, Nivel 9, Área D) de la Comunidad de Madrid. |

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.: