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

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

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

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

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

**3.- Datos del procedimiento:**

|  |  |
| --- | --- |
|  Nombre del Procedimiento | Solicitud de admisión a pruebas selectivas para el acceso a plazas laborales 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 (márquese lo que proceda)

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

□ La **firma** y la **presentación** de la solicitud en su nombre, en cuyo caso, como solicitante, DECLARA que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y que reúne los requisitos establecidos en la convocatoria en la que participa, comprometiéndose en su caso a acreditarlos debidamente.

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

Fdo.: