**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:**

|  |
| --- |
| Solicitud de admisión a pruebas selectivas para el ingreso en el Cuerpo de Diplomados en Salud Pública, Escala de Salud Pública, Especialidad de Terapia Ocupacional, de Administración Especial, Grupo A, Subgrupo A2, 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.: