**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 admisión pruebas select. para el personal laboral fijo para la adquisición de la condición de personal funcionario de carrera Cuerpo Técnicos Sup. Salud Pública, Escala Medicina y Cirugía, Adm. Especial, Grupo A, Subgr. A1, C. 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.: