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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NIF / NIE | | | |  | | | Nombre | | | |  | | | | | |
| Apellidos | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección | | Tipo vía | | |  | | | Nombre vía | |  | | | | | Nº/Km: |  |
| Piso |  | | Puerta | |  | Código Postal | | |  | | Municipio |  | Provincia |  | | |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NIF / NIE | | | |  | | | Nombre / Razón Social | | | |  | | | | | |
| Apellidos | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Dirección | | Tipo vía | | |  | | | Nombre vía | |  | | | | | Nº/Km: |  |
| Piso |  | | Puerta | |  | Código Postal | | |  | | Municipio |  | Provincia |  | | |

**3.- Datos del procedimiento:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Procedimiento | Solicitud de admisión a pruebas selectivas para el acceso, por el sistema de turno libre, a plazas de la categoría profesional de **Diplomado en Enfermería (Grupo II, Nivel 7, Área D**) de la Comunidad de Madrid |

D./D. ª.......................................... autoriza a D/D. ª..........................................................a (márquese lo que proceda)

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

□ la **firma** y la **presentación** de la comunicación en su nombre, en cuyo caso, como solicitante, DECLARA que son ciertos los datos consignados en la presente comunicación.

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

Fdo.: