



AUTORIZACIÓN DE REPRESENTACIÓN

1.- Datos de el/la autorizante:

NIF/NIE		Apellidos			
Nombre			Correo electrónico		
Fax		Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	

2.- Datos de el/la autorizado/a:

NIF/NIE		Apellidos			
Nombre/Razón Social			Correo electrónico		
Fax		Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	

3.- Datos del procedimiento:

Nombre del Procedimiento	
CONCURSO DE TRASLADOS PARA PLAZAS DE PERSONAL ESTATUTARIO DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD	

D./D^a..... autoriza a D./D^a.....
a la presentación de la solicitud en su nombre **y, única y exclusivamente a dichos efectos.**

En, a de de

Fdo.: