

**AUTORIZACIÓN PARA PRESENTACIÓN DE SOLICITUD****1.- Datos del autorizante:**

NIF/NIE/PASAPORTE		Nombre					
Apellido 1º					Apellido 2º		
Dirección		Tipo vía		Nombre vía			Nº
Piso		Puerta	CP	Localidad			Provincia

**2.- Datos del autorizado:**

NIF/NIE/PASAPORTE		Nombre					
Apellido 1º					Apellido 2º		
Dirección		Tipo vía		Nombre vía			Nº
Piso		Puerta	CP	Localidad			Provincia

**3.- Datos del Procedimiento:**

**Pruebas selectivas para el acceso a la condición de personal estatutario fijo del Servicio Madrileño de Salud en la categoría de Técnico Superior Especialista en Anatomía Patológica**

D./D<sup>a</sup> ..... autorizo a D/D<sup>a</sup>..... a la presentación de la solicitud en su nombre, y única y exclusivamente a dichos efectos.

En Madrid, a..... de .....

Fdo.:

<b>DESTINATARIO</b>	Servicio Madrileño de Salud - Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales - Subdirección General de Selección de Personal y Provisión de Puestos - Unidad de Oposiciones y Concursos Personal Estatutario
---------------------	--

Modelo 2933FA1

(01/21.430/21)

