

AUTORIZACIÓN DE REPRESENTACIÓN

1.- Datos del autorizante:

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

2.- Datos del autorizado:

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

3.- Datos del Procedimiento:

Nombre del Procedimiento
PRUEBAS SELECTIVAS POR EL TURNO DE PROMOCIÓN INTERNA PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO DEL SERVICIO DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID EN LA CATEGORÍA DE

D./D^a..... autorizo a D/D^a..... a la elección de plaza en mi nombre, y única y exclusivamente a dichos efectos en el proceso selectivo por el turno de promoción interna para el acceso a la condición de personal estatutario fijo del servicio de salud de la Comunidad de Madrid en la categoría de

En Madrid, a..... dede.....

DESTINATARIO	Servicio Madrileño de Salud - Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales - Subdirección General de Selección de Personal y Provisión de Puestos-Unidad de Procesos Selectivos Personal Estatuario
---------------------	---