



**11. DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN A TERCEROS  
PARA LA GESTIÓN DE TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL U  
OTROS DOCUMENTOS DE ACCESO A LA ASISTENCIA SANITARIA**

Yo, D./D.<sup>a</sup> .....,  
mayor de edad y con capacidad suficiente, con DNI/TIE<sup>1</sup> nº ....., y residencia  
en la Comunidad de Madrid en C/ .....  
....., municipio..... Tel: .....

**AUTORIZO A:**

D./ D<sup>a</sup> ....., vinculado a  
mí en calidad de (parentesco<sup>2</sup>): ....., mayor de edad, con  
DNI/TIE<sup>3</sup> nº ....., y residencia en C/ .....  
....., del municipio de ....., a  
realizar en mi nombre el siguiente trámite en relación con mi Tarjeta Sanitaria Individual u otro  
documento certificativo de acceso a la asistencia de la Comunidad de Madrid (indíquese):  
.....

Madrid, a ..... de ..... de 20 .....

Fdo: El autorizado

Fdo.: El autorizante

Validado<sup>4</sup>  
(Sello del centro de salud)

*Los datos personales recogidos en este documento serán tratados de conformidad con el nuevo Reglamento Europeo (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, en materia de protección de datos, y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Puede consultar información adicional y detallada de la normativa aplicable en materia de protección de datos en la web de la Agencia Española de Protección de Datos <http://www.agpd.es>*

<sup>1</sup> Deberá acreditarse con la copia del DNI/TIE del autorizante, que deberá ser archivada, junto a este documento, en el expediente administrativo.

<sup>2</sup> Cuando la gestión vaya a ser realizada por los padres del solicitante, éstos no precisarán la autorización de su hijo si es menor de 18 años.

<sup>3</sup> El autorizado deberá identificarse con su propio DNI/TIE.

<sup>4</sup> Una vez verificadas las firmas e identidad del autorizante y del autorizado, el centro de salud validará y archivará este documento.