



Comunidad de Madrid  
www.comunidad.madrid

Dirección General de Recursos Humanos  
Y Relaciones Laborales

Servicio Madrileño de Salud  
CONSEJERIA DE SANIDAD

### AUTORIZACIÓN PARA PRESENTACIÓN DE SOLICITUD

**1.- Datos del autorizante:**

NIF/NIE		Nombre		
Apellido 1º		Apellido 2º		
Dirección	Tipo vía	Nombre vía		
Piso	Puerta	CP	Localidad	
				Provincia

**2.- Datos del autorizado:**

NIF/NIE		Nombre		
Apellido 1º		Apellido 2º		
Dirección	Tipo vía	Nombre vía		
Piso	Puerta	CP	Localidad	
				Provincia

**3.- Datos del Procedimiento:**

<p><b>Nombre del Procedimiento:</b></p>
---

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

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

Fdo.: .....

Los datos personales recogidos en este formulario serán tratados de conformidad con el nuevo Reglamento Europeo (UE) 2016/679 de Protección de Datos. La información relativa a los destinatarios de los datos, la finalidad y las medidas de seguridad, así como cualquier información adicional relativa a la protección de datos de sus datos personales podrá consultarla en el siguiente enlace [WWW.madrid.org/proteccionDeDatos](http://WWW.madrid.org/proteccionDeDatos). Ante el responsable del tratamiento podrá ejercer, entre otros, sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación de tratamiento

<b>DESTINATARIO</b>	
---------------------	--



**DECLARACIÓN RESPONSABLE SOBRE VERACIDAD DE COPIAS APORTADAS**

D./D<sup>a</sup> ....., con DNI ....., y domicilio en ..... CP..... de la provincia de ....., actuando en nombre propio/en representación de....., con NIF ....., y domicilio en ..... CP..... de la provincia de ..... en relación con la solicitud/escrito formulado para .....

de conformidad con lo previsto en el art. 69.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas,

**MANIFIESTO BAJO MI RESPONSABILIDAD:**

1º.- Que cumplo con los requisitos establecidos en la normativa vigente para obtener el reconocimiento de un derecho o facultad o para su ejercicio.

2º.- Que las fotocopias que acompaño a la presente son fiel copia de los originales que obran en mi poder, que dispongo de la documentación que así lo acredita y que la pondré a disposición de la Administración cuando me sea requerida, comprometiéndome a mantener dicha documentación a su disposición durante el tiempo inherente al reconocimiento o ejercicio de mi derecho.

3º.- Que conozco que la inexactitud o falsedad en cualquier dato o documento que acompaña a esta declaración responsable implicará la nulidad de lo actuado, impidiendo el ejercicio del derecho o actividad afectada, sin perjuicio de la obligación de restituir la situación jurídica al momento previo al reconocimiento del derecho y de las responsabilidades penales o de otro orden que en Derecho procedieren.

Y para que así conste y surta los efectos oportunos, firmo la presente en Madrid, ..... de ..... de 20....

EL INTERESADO,

Fdo.: .....

DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y RELACIONES  
LABORALES  
SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD