

Autorització de tràmits i gestions per a terceres persones

Dades de la persona titular

Cognoms _____ Nom _____ DNI / NIE / PAS _____

En cas de menor o persona incapacitada, dades del tutor legal

Cognoms _____ Nom _____ DNI / NIE / PAS _____

Marqueu aquesta casella en el cas de menors d'edat

Declaro responsablement que tinc la potestat parental sobre el meu fill o filla i que no hi concorre cap circumstància que en restringeixi o limiti de cap forma les facultats de representació.

Dades de la persona autoritzada

Cognoms _____ Nom _____ DNI / NIE / PAS _____

Autorització

Autoritzo la persona indicada a fer en nom meu les següents gestions:

- Recollir un comunicat mèdic de confirmació d'incapacitat temporal
- Recollir un informe mèdic
- Recollir el pla de medicació
- Recollir resultats de proves
- Donar informació de la visita o fer un canvi
- Canviar dades administratives
- Altres:

Període de vigència (Màxim 6 mesos)

Des del fins al

Signatura de la persona titular o tutor

Signatura de la persona autoritzada

Lloc i data:

Documentació que cal presentar

- Original o fotocòpia del document identificatiu de la persona titular o representant legal (DNI, NIE, passaport)
- Original del document identificatiu de la persona autoritzada (DNI, NIE, passaport)