

AUTORIZACIÓN PARA REPRESENTACIÓN VOLUNTARIA

D/D^a _____, con DNI/NIE _____,
mayor de edad y con plena capacidad de obrar, domiciliado en la Calle/Avenida/Plaza
_____, número _____, de la localidad
de _____, provincia de _____, en los términos
del artículo 5 de la Ley 39/2015 de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las
Administraciones Públicas ,

AUTORIZO A:

D/D^a _____, con DNI/NIE _____,
a actuar en mi nombre en el procedimiento de acceso a los servicios sociales y valoración de la
situación de dependencia.

***Si el domicilio a efecto de notificaciones es diferente del señalado en su solicitud
indíquelo aquí (a esta dirección se remitirá toda la correspondencia relacionada con el expediente):***

Calle/Avenida/Plaza _____, número _____,
Localidad _____, provincia _____.

En _____, a ____ de _____ de 201__

Firma del solicitante:

--

AUTORIZACIÓN DEL REPRESENTANTE PARA LA CONSULTA DE DATOS DE IDENTIDAD:

- Doy mi consentimiento para que se consulten de forma telemática mis datos de identidad
- No doy mi consentimiento para que se consulten de forma telemática mis datos de identidad
(si no da su consentimiento, debe aportar copia de su Documento Nacional de Identidad)

Firma del representante autorizado:

--