

D/D^a. _____ con DNI _____ y domicilio en _____
_____ **AUTORIZO A:**

D/D^a. _____ con DNI _____ y domicilio en _____
_____ para que efectúe en mi nombre y presente la documentación relativa a la solicitud de valoración del proceso de enfermedad común por parte del Equipo Médico de Valoración del Servicio de Prevención y Salud Laboral

En _____, a ____ de _____ de

Firma del Autorizado

Firma del Autorizante¹

¹ A este impreso se adjuntará DNI de la persona autorizada.