Institut Català de la Salut **Direcció d’Atenció Primària Metropolitana Nord**

**Autorització 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

TSI del titular

Original o fotocòpia del document identificatiu de la persona titular Original del document identificatiu de la persona autoritzada

ICS GTMN 633 02/2018