



Autorització a tercers 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