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

**Sol·licitud d’anul·lació d’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 que consta a l’autorització

Cognoms Nom DNI / NIE / PAS

# Anul·lació d’autorització

**Anul·lo l’autorització realitzada a nom de** la persona indicada i amb data fi de vigència...........................

Signatura de la persona titular o tutor que anul·la l’autorització

Lloc i data de l’anul·lació:

## Documentació que cal presentar

TSI del titular

Original o fotocòpia del document identificatiu de la persona titular

ICS GTMN 633 02/2018