



AYUDAS ECONÓMICAS DESTINADAS A PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

REPRESENTACIÓN VOLUNTARIA

Don/Doña

Primer apellido

Segundo apellido

Nombre

NIF/NIE

TIE/Certificado UE

mayor de edad y con plena capacidad de obrar,

AUTORIZA A:**Don/Doña**

Primer apellido

Segundo apellido

Nombre

NIF/NIE

TIE/Certificado UE

Fecha de nacimiento

a actuar en su nombre en la convocatoria de concesión de ayudas a personas diagnosticadas de ELA, en el ámbito territorial del Principado de Asturias.

SOLICITA:

Se admita esta representación voluntaria ante la Consejería de Salud del Principado de Asturias, en la convocatoria de concesión de ayudas a personas diagnosticadas de esclerosis lateral amiotrófica (ELA) en el ámbito territorial del Principado de Asturias.

En

a

de

de

Firma de la persona solicitante,**ACEPTACIÓN DE LA REPRESENTACIÓN**

Con la firma del presente escrito la persona representante acepta la representación conferida y responde de la autenticidad de la firma de la persona otorgante y de la documentación que, en su caso, se acompañe.

En

a

de

de

Firma de la persona representante autorizada,