



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 admite 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,

--