

AUTORIZACIÓN REPRESENTANTE

Paciente / Usuario	
DNI	
Nombre y apellidos	
Domicilio (Dirección, CP, Población)	
Teléfono/s	

EXPONE

Que mediante escrito **confiere poder**, a favor de:

Autorizado	
DNI	
Nombre y apellidos	
Domicilio (Dirección, CP, Población)	
Teléfono/s	

Para recoger la documentación clínica solicitada en el Servicio de Admisión del Hospital de Jove.

En a de de 20.....

Fdo.: Paciente / usuario

Fdo.: Autorizado⁽¹⁾

(1) Con la firma del presente escrito el representante acepta la representación conferida y responde de la autenticidad de la firma del otorgante, así como de la copia del DNI que acompaña a este documento.

Nota: Presentar éste impreso cumplimentado y aportar original o fotocopia del D.N.I del representante y representado para poder recoger los documentos solicitados.