

## REPRESENTACIÓN

A tenor de lo establecido en el artículo 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas,

D/D<sup>a</sup> ..... con DNI núm .....

Autoriza a ..... con DNI núm .....

Ante la Facultat de Medicina i Odontologia de la Universitat de València a realizar el trámite siguiente:

Valencia, a ..... de ..... de 20.....

Firma del/de la interesada

NOTA: es necesario aportar fotocopia del DNI de la persona interesada y original de la persona autorizada

## REPRESENTACIÓ

D' acord amb el que estableix l'article 5 de la Llei 39/2015, de 1 d'octubre, de Procediment Administratiu Comú de les Administracions Públiques,

En/Na ..... amb DNI núm .....

Autoritza a: ..... amb DNI núm .....

Davant la Facultat de Medicina i Odontologia de la Universitat de València a realitzar el tràmit següent:

.....  
.....  
.....

València, a ..... d ..... de 20.....

Signatura de l' interessat/da

NOTA: cal aportar fotocòpia del DNI de la persona interessada i original del DNI de la persona autoritzada