

D'acord amb allò establert en l'art. 5 de la Llei 39/2015, de 1 d'octubre, del Procediment Administratiu Comú de les Administracions Públiques,

D/D^a _____

amb D.N.I. _____

AUTORITZA

a D/D^a _____

amb D.N.I. _____

davant de la Facultat de Farmàcia de la Universitat de València a:

_____ , _____ d _____ de 20 _____

Signatura de l'interessat/da

Signat: _____

Adjuntar fotocòpia del D.N.I. de la persona interessada . La persona autoritzada haurà d'aportar el seu D.N.I. original