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

D/Dª

D.N.I.

**Autoritza** a D/Dª

Amb D.N.I.

Davant la Facultat de Medicina i Odontologia de la Universitat de València a:

València, a

Signatura de l’interessat/da