



**AUTORIZACIÓN DE REPRESENTACIÓN
A.G.S. SUR DE GRANADA**

D./Dña. _____ con DNI N°: _____

autoriza a D./Dña. _____ con DNI N°: _____

para actuar en su nombre y representación en el acto público de elección y asignación con carácter provisional, de puestos o unidades de trabajo adscritos, en este centro hospitalario


del AGS Sur Granada en fecha ____ / ____ / 20____

En Motril (Granada) a ____ de _____ de 20____

FIRMA DEL/LA INTERESADO /A

FIRMA DEL REPRESENTANTE

Fdo.: _____ Fdo.: _____

Código:	6hWMS807PFIRMA1KzEJXfP/02tYTrz	Fecha	05/04/2023	
Firmado Por	SALVADORA BLESA FRANCO			
Url De Verificación	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma/	Página	2/2	