

ANEXO IV

MODELO DE AUTORIZACIÓN DE REPRESENTACIÓN

ACTO ÚNICO AUTONÓMICO DE RESIDENTES 2025
Convocado por el Servicio Andaluz de Salud (SAS)
Fechas: 17, 18 y 21 de julio de 2025
Lugar: Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla)

D./Dña. _____, con DNI nº _____, y domicilio en _____,

OTORGA SU REPRESENTACIÓN A:

D./Dña. _____, con DNI nº _____, y domicilio en _____,

para actuar en su nombre en el Acto Único Autonómico de Residentes 2025, convocado por el Servicio Andaluz de Salud, incluyendo la elección y en su caso aceptación de la plaza correspondiente en la especialidad de:

_____ [Indicar especialidad]

Declaro que esta representación se otorga de forma voluntaria y consciente, debido a mi imposibilidad de acudir presencialmente, y que el/la representante cuenta con mi consentimiento expreso para actuar en mi nombre.

ACEPTACIÓN DE LA REPRESENTACIÓN

Con la firma del presente escrito el/la representante acepta la representación conferida y responde de la autenticidad de la firma del otorgante, así como de la copia del DNI/NIE/Pasaporte del mismo.

En _____, a ____ de julio de 2025.

Firma del interesado/a:

Firma del representante:

Este Modelo debe ir acompañado de copia del DNI/NIE/Pasaporte del interesado/a y del representante.

Puede verificar la integridad de este documento mediante la lectura del código QR adjunto o mediante el acceso a la dirección https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma indicando el código de VERIFICACIÓN			
FIRMADO POR	JOSE LUIS SEDEÑO FERRER	14/07/2025	
VERIFICACIÓN	Pk2jmXU3JBX4GE9U3AFE7JCLJMR49P	PÁG. 13/13	