

ANEXO III

MODELO DE AUTORIZACIÓN DE REPRESENTACIÓN

ACTO ÚNICO AUTONÓMICO DE RESIDENTES 2026
Convocado por el Servicio Andaluz de Salud (SAS)
Fechas: 28 y 29 de mayo de 2026
Lugar: Aula Magna. 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 2026, 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 mayo de 2026.

Firma del interesado/a:

Firma del representante:

Este Modelo debe ir acompañado de copia del DNI/NIE/Pasaporte de interesado/a y de 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	25/05/2026	
VERIFICACIÓN	Pk2jm3EFFCVLHC988MQWGGRBJQPCFU	PÁG. 16/16	