



## AUTORITZACIÓ

### **Autorització en el cas que la persona que reculli la documentació no sigui la persona interessada**

---

El Sr./Sra. \_\_\_\_\_ amb DNI núm. \_\_\_\_\_

Autoritza al Sr./Sra \_\_\_\_\_ amb DNI núm. \_\_\_\_\_

a recollir la documentació clínica sol·licitada.

Signatura de la persona interessada

Signatura de la persona que reculli la documentació