



MODELO DE REPRESENTACIÓN VOLUNTARIA

OTORGANTE		
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
DNI/NIE		
DOMICILIO:		
Nº	LOCALIDAD	C.P.

OTORGA SU REPRESENTACION A:		
Si es persona física	Apellido 1	Apellido 2
	Nombre	DNI/NIE <input type="text"/> <input type="text"/>
Si es persona jurídica	Denominación	CIF <input type="text"/> <input type="text"/>
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN (vía pública):		
Nº	LOCALIDAD	C.P.

Para que actúe ante la Administración de la Comunidad Autónoma de Euskadi y ante la entidad prestadora del servicio público de teleasistencia por cuenta de aquella, ejercitando las siguientes facultades en relación con el servicio público de teleasistencia:

- Formular solicitudes
- Entablar recursos
- Desistir de acciones
- Renunciar a derechos
- Facilitar la práctica de cuantas actuaciones sean precisas para la instrucción del expediente, aportar cuantos datos y documentos se soliciten o se interesen, recibir todo tipo de comunicaciones, presentar escritos y alegaciones suscribir diligencias y otros documentos y, en general, realizar cuantas actuaciones correspondan a la persona representada en el curso del procedimiento.

ACEPTACIÓN DE LA REPRESENTACIÓN

Con la firma del presente escrito la persona representante acepta la representación conferida y responde de la autenticidad de la firma de la persona otorgante, así como de las fotocopias de los documentos de identificación de los intervinientes que acompañan a este documento.

En a ..dede 20.....

EL/LA OTORGANTE

EL/LA REPRESENTANTE

Nota: los interesados tienen la facultad de otorgar su representación en términos diferentes a los contemplados en el presente documento normalizado, acreditándola por cualquier medio válido en Derecho.