

QSSI:\*

\* L'ha de consignar el Servei de Salut / Debe consignarlo el Servicio de Salud

## AUTORITZACIÓ DE REPRESENTACIÓ VOLUNTÀRIA / AUTORIZACIÓN DE REPRESENTACIÓN VOLUNTARIA

Queixa / *Queja*

Informació / *Información*

### DADES DE LA PERSONA REPRESENTADA / DATOS DE LA PERSONA REPRESENTADA

Núm. doc. ident.**		Nom / <i>Nombre</i>	
Primer llinatge <i>Primer apellido</i>		Segon llinatge <i>Segundo apellido</i>	

\*\* DNI, NIE o passaport / *pasaporte*

### DADES DE QUI LA REPRESENTA / DATOS DE QUIEN LA REPRESENTA

Núm. doc. ident.**		Nom / <i>Nombre</i>	
Primer llinatge <i>Primer apellido</i>		Segon llinatge <i>Segundo apellido</i>	

**AUTORITZ** la persona que em representa per dur a terme qualsevol gestió sobre la queixa o sol·licitud d'informació presentada i per rebre tota la informació que se'n derivi.

**AUTORIZO** a la persona que me representa para llevar a cabo cualquier gestión sobre la queja o solicitud de información presentada y para recibir toda la información que de ello se derive.

Signatura de la persona representada <i>Firma de la persona representada</i>	Signatura de qui la representa <i>Firma de quien la representa</i>
Lloc i data / <i>Lugar y fecha</i>	Lloc i data / <i>Lugar y fecha</i>

Segell i data / *Sello y fecha*