



AUTORIZACIÓN DE REPRESENTACIÓN

Nombre del CONTRIBUYENTE		D.N.I. nº	
Domicilio		Código Postal	Provincia
Municipio			
Teléfono	Correo electrónico		

Por medio de la presente **autorización otorga su representación a:**

Nombre del AUTORIZADO		D.N.I. nº	
Domicilio		Código Postal	Provincia
Municipio			
Teléfono	Correo electrónico		

El autorizado podrá ejercitar las siguientes facultades: 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, formular peticiones y solicitudes, presentar escritos y alegaciones, manifestar su decisión de no efectuar alegaciones ni aportar nuevos documentos en el correspondiente trámite de audiencia o renunciar a otros derechos, suscribir diligencias y otros documentos que pueda extender el órgano competente y, en general, realizar cuantas actuaciones correspondan al autorizante en el curso de dicho procedimiento.

ACEPTACIÓN DE LA REPRESENTACIÓN

Con la firma del presente escrito el representante acepta la representación conferida y responde de la autenticidad de la firma del/los otorgante/s, así como de la/s copia/s del DNI del/de los mismo/s que acompaña/n a este/estos documento/s.

En _____ a _____ de _____ de 201_

EL AUTORIZANTE

EL AUTORIZADO