



**AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD/ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN DE DESPLAZAMIENTO
TEMPORAL CON TRATAMIENTO DE TERAPIA/S RESPIRATORIA/S DOMICILIARIA/S**

Yo, D/D^a..... con DNI nº

AUTORIZO a D/D^a con DNI nº
..... para que solicite y se le entregue (subrayar lo que proceda) en mi
nombre en el Servicio de Atención a la Ciudadanía del Hospital Universitario Reina Sofía de
Córdoba, toda la Documentación necesaria , para mi desplazamiento temporal con terapias
respiratorias domiciliarias, fuera del ámbito geográfico y poblacional de éste Hospital.

Y para que así conste, firmo el presente en provincia de
..... a fecha del mes de 2

Fdo.-
(Firma del Titular de la Documentación)

Fdo.-
(Firma del Autorizado/a)