



## **AUTORITZACIÓ DE REPRESENTANTS LEGALS**

Sr/Sra.....

amb DNI..... (pare/mare/tutor/a), i Sr/Sra.....

.....amb DNI ..... (pare/mare/tutor/a)

## **AUTORITZEN**

A .....

amb DNI....., a fer el canvi de nom a la targeta sanitària per

.....

Blanes , ..... d.....de.....

Signatura de les persones que fan l'autorització: