

**AUTORIZACIÓN REPRESENTANTE  
PARA TRAMITACIÓN CAMBIO A POVISA**

D./Dña.....,  
con DNI....., en mi propio nombre, autorizo  
de forma expresa a D./Dña.....,  
con DNI ..... para que realice  
todos los trámites necesarios para solicitar la elección de Hospital Ribera  
Povisa como hospital de referencia provisor de mi asistencia sanitaria  
especializada.

Y en prueba de conformidad, y para que surta los efectos oportunos, presto la  
presente autorización en Vigo, a ..... de ..... de  
.....

Firma: D./Dña.