



**AUTORIZACION** PARA LA GESTION DE LA SOLICITUD DEL PROGRAMA DE AYUDAS PARA LA COMPRA DE AUDIFONOS Y TRATAMIENTO DENTAL

D./Doña.....con  
DNI nº.....domiciliado/a en C/. .....  
nº.....de .....

**AUTORIZO** a D./Doña ..... con DNI  
nº..... domiciliado/a en la C/.....  
nº..... de ....., a firmar en mi nombre la solicitud número.....,  
del de ayudas para la compra de audífonos y tratamiento dental, desarrollado por  
Fundación Vital Fundazioa, a gestionar toda la documentación necesaria para  
dicho Programa.

Fdo.-

En Vitoria-Gasteiz, a ..... de ..... de 202...