

## **AUTORIZACION EXPRESA DE LA ENTIDAD SOLICITANTE A TERCEROS PARA LAS GESTIONES RELACIONADAS CON LAS AYUDAS**

Yo, D./Dña. \_\_\_\_\_, mayor de edad, con NIF: \_\_\_\_\_  
, \_\_\_\_\_ en calidad de representante legal de \_\_\_\_\_<sup>1</sup>  
, con NIF \_\_\_\_\_<sup>2</sup> o como trabajador autónomo (en adelante **el empleador**),  
con domicilio en \_\_\_\_\_ y correo electrónico  
de contacto \_\_\_\_\_ declaro bajo mi  
responsabilidad que por medio del presente documento:

Autorizo en mi nombre y representación, a la entidad \_\_\_\_\_,  
con NIF \_\_\_\_\_, domicilio en \_\_\_\_\_ y  
correo electrónico de contacto \_\_\_\_\_, como  
profesionales autorizados a actuar en nombre de terceros a presentar la solicitud y  
documentación correspondientes, así como a realizar todos aquellos trámites que  
sean necesarios y se soliciten por parte de Fundación MAPFRE para la concesión  
de la ayuda de la convocatoria ACCEDEMOS 2024.

Y para que conste y surta efectos, firmo dicha autorización en  
a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202

Firmado (**firma digital del empleador**)

---

<sup>1</sup> Campo a rellenar únicamente por entidades jurídicas.

<sup>2</sup> Campo a rellenar únicamente por entidades jurídicas.