|  |
| --- |
| **REPRESENTACIÓN DE QUIEN SOLICITA LA SUBVENCIÓN** |
| D/Dña:       | DNI:       |
| Que preside la entidad:       | NIF:       |
| Autoriza a: nombre y apellidos | DNI:       |
| Para que presente la solicitud de subvención al Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, en representación de esta entidad. |

En      , a       de       de 2024

|  |  |
| --- | --- |
| EL/LA SECRETARIO/A | EL/LA PRESIDENTE/A |
|  |  |
| Nombre y apellidos | Nombre y apellidos |