|  |  |
| --- | --- |
| **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 |