

## DECLARACIÓN DE MANDATO VERBAL

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ mayor de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_, calle/avda./plaza \_\_\_\_\_, núm. \_\_\_\_\_, código postal \_\_\_\_\_, provincia de \_\_\_\_\_ con DNI /NIE/Pasaporte núm. \_\_\_\_\_,

MANIFIESTA que ante la imposibilidad de D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, mayor de edad, con domicilio en **Málaga** calle/avda./plaza \_\_\_\_\_, núm. \_\_\_\_\_, código postal \_\_\_\_\_, provincia de **Málaga**, con DNI /NIE/Pasaporte núm. \_\_\_\_\_, de firmar la solicitud para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, ha recibido de éste/a mandato verbal para que lo realice en su nombre.

Málaga a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_