



**AUTORIZACIÓN PARA EL “ESTUDIO MÉDICO PERICIAL Y/O
SEGUNDA OPINIÓN ONLINE”**

CUMPLIMENTE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA

☐

DATOS DEL SOLICITANTE (Si es mayor de edad):

Yo, D./Dña. _____ con
domicilio _____ en _____,
C.P. _____ Localidad _____, Provincia _____, con D.N.I.
_____, del que se acompaña fotocopia.

Solicito y autorizo a PERITACIONES MÉDICAS J. ALBERTO GONZÁLEZ que estudie la
viabilidad pericial de mi caso basada en la documentación e información médica facilitada y, si
procede, se emita el correspondiente informe médico pericial.

En _____ a _____ de _____ de 20____

Firma del solicitante (paciente)

☐

DATOS DEL SOLICITANTE (Si es menor de edad o está incapacitado):

Yo, D./Dña. _____ con
domicilio _____ en _____,
C.P. _____ Localidad _____, Provincia _____, con D.N.I.
_____, del que se acompaña fotocopia, en nombre y representación de
D./Dña. _____, según se acredita con la
documentación adjunta (deberá acreditar documentalmente la representación).

Solicito y autorizo a PERITACIONES MÉDICAS J. ALBERTO GONZÁLEZ que estudie la
viabilidad pericial de mi caso basada en la documentación e información médica facilitada y, si
procede, se emita el correspondiente informe médico pericial.

En _____ a _____ de _____ de 20____

Firma del solicitante (tutor o representante legal)