

### ANEXO III. DECLARACIÓN DE INTENCIONES

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con DNI/NIE  
\_\_\_\_\_, comparece ante el agente de la autoridad, funcionario y otro Empleado  
público D. D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ (1),  
Nº de identificación \_\_\_\_\_(1), en la oficina  
de registro de HOSPITAL PUNTA EUROPA, sita en Ctra. de Getares s/n Algeciras Cádiz.

Para acreditar su identidad y entregar la documentación correspondiente, como parte del Proceso de solicitud de expedición de un certificado electrónico cualificado de persona física Expedidos por la FNMT – RCM, bajo la denominación de certificado electrónico cualificado de persona física, aportando mis documentos de identificación, así como el de concesión del NIF o NIE, y fotocopia de los mismos para su comprobación posterior por un registrador/ra.

Además, el Código de solicitud correspondiente es:  
\_\_\_\_\_, o teléfono \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2021

**El compareciente**

(solicitante del certificado electrónico)

**El agente de la autoridad**