



MINISTERIO  
DE SANIDAD, CONSUMO  
Y BIENESTAR SOCIAL



DIRECCION TERRITORIAL  
DE CEUTA

## AUTORIZACIÓN EXPEDIENTES DE PRESTACIONES

D/D<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_

con N.I.F.: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### AUTORIZA A:

D/D<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_

con N.I.F.: \_\_\_\_\_ para que, en mi nombre, perciba la cantidad

que me corresponde por \_\_\_\_\_

### COMO AUTORIZADO:

**PRIMERO:** Doy mi consentimiento para la verificación de los datos de la identidad: **SI**  **NO**

*(En el caso de no prestar su consentimiento, deberá aportar fotocopia del documento o tarjeta de identidad)*

**SEGUNDO:** Declaro bajo mi responsabilidad que el beneficiario vive en el día en que se hace efectivo el cobro.

Y para que conste y surta efecto, se suscribe la presente autorización,

En Ceuta, a  de  de

**ACEPTO:**  
(Firma del autorizado)

**AUTORIZO:**  
(Firma del autorizante)