



MINISTERIO  
DE SANIDAD, CONSUMO  
Y BIENESTAR SOCIAL



DIRECCION TERRITORIAL  
DE CEUTA

## AUTORIZACIÓN EXPEDIENTES DE PRESTACIONES

D/D<sup>a</sup>.....  
con N.I.F..... y nº de 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 20

**ACEPTO:**  
(Firma del autorizado)

**AUTORIZO:**  
(Firma del autorizante)