



MINISTERIO
DE SANIDAD, CONSUMO
Y BIENESTAR SOCIAL



DIRECCION TERRITORIAL
DE CEUTA

AUTORIZACIÓN EXPEDIENTES DE PRESTACIONES

D/D^a: _____

con N.I.F.: _____ Teléfono: _____

AUTORIZA A:

D/D^a: _____

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)