



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO



DIRECCION TERRITORIAL
CEUTA

AUTORIZACIÓN

PARA EL RECIBO DE PRESTACIONES

D. _____

CON DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD NÚMERO _____

AUTORIZA a _____

CON N.I.F. _____, PARA QUE EN MI NOMBRE, PERCIBA LA CANTIDAD QUE ME
CORRESPONDE POR _____

Consentimiento del autorizado para la verificación de los datos de identidad SI NO

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

COMO AUTORIZADO DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE EL BENEFICIARIO VIVE EN EL
DÍA EN QUE SE HACE EFECTIVO EL COBRO

Y PARA QUE CONSTE Y SURTA EFECTOS SUSCRIBO LA PRESENTE AUTORIZACIÓN EN

_____ a _____ de _____ de _____

ACEPTO:
(Firma del autorizado)

AUTORIZO:
(Firma del autorizante)