



AUTORIZACION PARA LOS DISTINTOS TRAMITES DE PRESTACIONES GESTIONADAS POR EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL. (*)

D./D^a.....

Con D.N.I.....

Domiciliado en.....

AUTORIZO A:

D./D^a

Con D.N.I.....

Domiciliado en

Para solicitar información personal, expedición de certificados y gestión de asistencia sanitaria.

.....a.....de.....de.....

Firma del autorizado

Firma del autorizante

IMPORTANTE:

ESTA AUTORIZACION SOLO ES VALIDA ACOMPAÑADA DEL D.N.I. ORIGINAL DEL AUTORIZADO Y FOTOCOPIA DEL D.N.I. DEL AUTORIZANTE.

* En cumplimiento de la Ley orgánica 15/99, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.