

AUTORIZACIÓN DE REPRESENTACIÓN

Seguridad Social

DATOS DEL AUTORIZANTE

El/La titular, Nombre completo, D.N.I./N.I.E. n.º Número de documento, N.A.F. N.º de Afiliación S.S., residente en calle, n.º, C.P., municipio,

PERSONA AUTORIZADA

Designa como representante ante los organismos de la Seguridad Social a Nombre del autorizado/a, D.N.I./N.I.E. n.º Número de documento, con el fin de tramitar: prestación o gestión concreta.

ALCANCE DE LA AUTORIZACIÓN

- ☐ 1. Solicitar el reconocimiento o reanudación de la prestación indicada.
- ☐ 2. Aportar partes médicos, informes y documentación complementaria.
- ☐ 3. Recibir comunicaciones y resoluciones del organismo gestor.

Firmado en localidad, el día fecha: dd/mm/aaaa.

Fdo. _____

Autorizante

Fdo. _____

Autorizado/a