

# AUTORIZACIÓN DE REPRESENTACIÓN

Seguridad Social

## I. IDENTIFICACIÓN DEL AUTORIZANTE

Yo, Nombre y apellidos completos, D.N.I./N.I.E./Pasaporte n.º Número de identificación, N.A.F. N.º de Afiliación S.S., domiciliado/a en dirección completa con C.P.,

## II. PERSONA AUTORIZADA Y OBJETO

Faculto a Nombre del representante autorizado/a, D.N.I./N.I.E. n.º Número de documento, para que realice cuantas gestiones sean necesarias ante los organismos de la Seguridad Social respecto a asunto o prestación.

## III. FACULTADES CONFERIDAS

- ☐ 1. Complimentar y presentar impresos oficiales ante la TGSS/INSS/SEPE/Mutua.
- ☐ 2. Solicitar, ampliar o extinguir prestaciones económicas de la S.S.
- ☐ 3. Recibir notificaciones y resoluciones administrativas en mi nombre.

Lugar: localidad, Fecha: dd / mm / aaaa.

Fdo. \_\_\_\_\_

**Autorizante**

Fdo. \_\_\_\_\_

**Autorizado/a**

*Deberá acompañarse del D.N.I., N.I.E. o pasaporte de quien autoriza y de la persona autorizada. Validez limitada al asunto expresamente referenciado.*