

**ANEXO 25. MODELO AUTORIZACIÓN INSS**

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, con  
D.N.I \_\_\_\_\_ y domicilio en \_\_\_\_\_,  
calle \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, Teléfono \_\_\_\_\_

AUTORIZO: Al Ayuntamiento de Teba, a solicitar al INSS, consulta de prestaciones sociales públicas, desde el \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, mío y de todos los miembros de la unidad familiar, A LOS EFECTOS DE SOLICITAR PROGRAMA DE GARANTÍA ALIMENTARIA:

| PARENTESCO CON EL SOLICITANTE | NOMBRE Y APELLIDOS | NIF | FIRMA |
|-------------------------------|--------------------|-----|-------|
|                               |                    |     |       |
|                               |                    |     |       |
|                               |                    |     |       |
|                               |                    |     |       |
|                               |                    |     |       |

Y para que conste y surta los efectos oportunos, firmo el presente, en Teba a,  
\_\_\_\_\_

SRA. ALCALDESA-PRESIDENTA DEL AYUNTAMIENTO DE TEBÁ (MÁLAGA)

Nota: Adjuntar fotocopias de los DNI de todos los miembros de la unidad familiar