

ANEXO 27.- MODELO AUTORIZACIÓN INSS

D/D^a _____, 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 Extraordinario para suministros mínimos vitales y prestaciones de urgencia social:

| 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 TEBA (MÁLAGA)

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