

AUTORIZACIÓN PARA LA CONSULTA DE DATOS DE SEGURIDAD SOCIAL

Yo, D./Dña.: _____

DNI/NIE: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Código Postal: _____

AUTORIZO A:

Nombre o razón social: _____

NIF/CIF: _____

OBJETO DE LA AUTORIZACIÓN

Que se me permita la consulta y obtención de mis datos de afiliación, cotización y prestaciones en la Seguridad Social, así como cualquier información relacionada necesaria para la gestión administrativa del interesado.

DURACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN

La presente autorización tendrá validez desde la fecha de su firma hasta que sea revocada expresamente por el autorizante.

FIRMA DEL AUTORIZANTE

Lugar: _____ Fecha: _____

Firma y sello

Fuente original del documento:

<https://experto-autorizacion.com/autorizacion-seguridad-social/>

¿Te ha resultado útil esta plantilla?

Descubre más documentos actualizados en:

<https://experto-autorizacion.com>

Visítanos

Plantilla de uso personal y gratuito. Prohibido su uso comercial.

Si se comparte o publica, debe mencionarse la fuente.

Esta plantilla tiene carácter orientativo y no constituye asesoramiento legal.

Se recomienda consultar a un abogado especializado para cada caso.