

Modelo de Autorización Yo, Sr/a _____, con C.I. N° _____, autorizo suficientemente al Sr/a _____, con C. I. N° _____, a realizar en mi nombre ante Instituto de Previsión Social los trámites administrativos para el registro de mi reposo médico.-----

_____ Firma del Autorizante Firma del Autorizado
Tel: _____ Tel: _____ Fecha: ____/____/____

Obs. Se adjuntan fotocopias de cédula del autorizado y autorizante.-