

5. MODELO DE AUTORIZACIÓN

Ciudad \_\_\_\_\_, Mes \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_

Señores  
Secretaría de Bienestar Social  
Alcaldía Municipal de Pasto  
Ciudad

REF: Autorización a terceros

Yo, \_\_\_\_\_ identificado (a) con C.C. \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_, por medio del presente escrito manifiesto a ustedes que AUTORIZO a \_\_\_\_\_, identificado(a) con C.C. \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_; para que en mi nombre y representación, reclame el paquete alimentario que entrega la Secretaría de Bienestar social a causa de la emergencia Sanitaria.

Agradeciendo la atención que merezca la presente.

Autorizó:

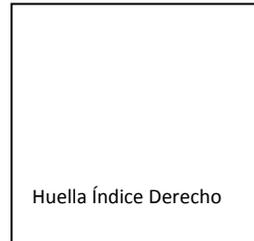
Firma Adulto Mayor

\_\_\_\_\_

Nombre:

C.C:

**La huella solamente se requiere cuando no puede firmar**



Firma Autorizado

\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Nombre:

C.C:

**La huella solamente se requiere cuando no puede firmar**

