**ANEXO MODELO DE AUTORIZACIÓN**

Ciudad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_día\_\_\_\_\_\_\_\_ año\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Señores**

**SECRETARÍA DE BIENESTAR SOCIAL**

**Alcaldía de Pasto**

Asunto: 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, reciba el paquete alimentario entregado por la Secretaría de Bienestar social con ocasión de la emergencia por COVID 19.

Muchas gracias por su atención.

**Autorizó**:

Firma Adulto Mayor

Huella índice derecho

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre:

C.C­:

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

Firma Autorizado

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Huella índice derecho

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre:

C.C­:

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