

**AUTORIZACION PARA ENTREGA DE SOLICITUD (Y  
DOCUMENTACIÓN) DE RECONOCIMIENTO DEL COMPLEMENTO  
RETRIBUTIVO DE INCAPACIDAD TEMPORAL AL 100%**

**Dª/D.**

**con DNI**

**AUTORIZA A Dª/D.**

**con DNI**

**a presentar en el Servicio de Prevención de la Universidad de Alicante la solicitud de complemento retributivo de incapacidad temporal adjunta a la presente autorización. Se aporta fotocopia del DNI del solicitante.**

**Fecha :**

**Firma del solicitante/autorizante**