

Autorisation de renseigner

Le / la soussigné(e) :

Civilité :
Nom :
Prénom :
Adresse :
NPA / Localité :
Date de naissance :
N° d'assuré / d'affilié :

Autorise l'autorité suivante :

- Office de l'assurance-invalidité
- Caisse de compensation du canton du Jura
- Caisse d'allocations familiales
- Caisse de chômage

à donner connaissance de son dossier et de tout renseignement le concernant

à la personne suivante :

Civilité :
Nom :
Prénom :
Adresse :
NPA / Localité :
N° de téléphone :
Adresse courriel :

Lieu, date

.....

Signature