



AUTORIZACION PARA LA COMPROBACIÓN DE DATOS DE IDENTIDAD

Acreditación de identidad de beneficiarios para el tratamiento de solicitudes de afiliación. En el caso de menores de edad o incapacitados deberá ser suscrito por su representante legal debidamente acreditado.

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI / NIE

A los efectos que derivan de esta solicitud, **AUTORIZO** al Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) **para consultar los datos de identificación personal, con garantía de confidencialidad, en el Sistema de Verificación de Datos de Identidad (SVDI)**, regulado en la Orden PRE/3949/2006, de 26 de diciembre (Artículo Único del Real Decreto 522/2006, de 28 de abril), **a efectos de comprobación de requisitos necesarios para la resolución de solicitud de afiliación .**

LUGAR, FECHA Y FIRMA

(En caso de menores o incapacitados, firma del representante legal)

, a de de

Firmado:

DNI	NOMBRE Y APELLIDOS TITULAR/REPRESENTANTE

NOTA: El presente consentimiento puede ser revocado en cualquier momento mediante comunicación expresa dirigida por escrito al Instituto Social de las Fuerzas Armadas.

CORREO ELECTRÓNICO:

C/ Huesca, 31 - 28020 MADRID
C/ Alcalá, 120 - 28009 MADRID
TEL: 91 567 76 00
FAX: 91 567 77 98