



AUTORIZACION PARA LA CONSULTA TGSS/INSS

De acuerdo con el artículo 6 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, consiento expresamente que el Instituto social de las Fuerzas Armadas recabe de la Tesorería General de la Seguridad Social y del Instituto Nacional de la Seguridad Social las certificaciones necesarias, relacionadas con la solicitud de afiliación formulada.

LUGAR, FECHA Y FIRMA

, a de de

Firmado:

DNI	NOMBRE Y APELLIDOS

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

CORREOELECTRÓNICO:

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