



AUTORIZACION PARA LA CONSULTA TGSS/INSS

NOMBRE Y APELLIDOS BENEFICIARIO	DNI / NIE

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 en 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 a efectos de acreditar el derecho a la afiliación a dicho Instituto del beneficiario que se señala.

LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL TITULAR O 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